

DONNÉES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION PRÉSENTÉE SOUS
L'ANGLE DU SEXE

ANALYSE EN FONCTION DU SEXE DE *POUR UN AVENIR EN SANTÉ : DEUXIÈME
RAPPORT SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION CANADIENNE* ET D'AUTRES
DOCUMENTS PORTANT SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Lissa Donner
Tammy Horne, Ph.D.
Wilfreda Thurston, Ph.D.
Le Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies

Avril 2001

Le présent document de travail a été préparé pour le compte du Forum fédéral-provincial-territorial sur la condition féminine. Il exprime les opinions et points de vue des auteures et ne correspond pas nécessairement à la position officielle ou aux opinions des membres du Forum.

TABLE DES MATIÈRES

I.	Résumé.....	1
II.	Introduction	4
III.	Place des analyses en fonction du sexe dans la planification des services de santé	5
IV.	Adaptation du cadre utilisé dans le rapport <i>Invisible Women</i>	7
V.	Analyse de <i>Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne</i>	8
	1. Introduction.....	8
	2. Application du cadre révisé du rapport <i>Invisible Women</i> à <i>Pour un avenir en santé</i>	9
	3. Sommaire des sources de données extérieures citées et non citées dans <i>Pour un avenir en santé</i> – Rapport principal et résumé statistique	26
	4. Conclusions – Points forts et lacunes de l’analyse en fonction du sexe de <i>Pour un avenir en santé</i> et propositions pour l’avenir.....	34
VI.	Analyse de documents de l’Institut canadien d’information sur la santé	36
	1. <i>Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population</i>	36
	2. <i>Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel</i>	50
	3. <i>Initiative du Carnet de route...Lancer le processus</i>	52
	4. Conclusions – Prise en considération du facteur sexe dans les rapports de l’ICIS examinés	54
VII.	Analyse du rapport <i>Pour une population en meilleure santé : une action concrète de Santé Canada</i>	57
Annexe 1	Cadre révisé pour l’analyse en fonction du sexe des documents de planification de la santé	
Annexe 2	Sélection des données dans le rapport <i>Pour un avenir en santé</i>	
	Références	

I. Résumé

Ce document a été préparé pour le Groupe de travail des hauts fonctionnaires relevant des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux responsables de la Condition féminine, à la suite de sa décision d'examiner le rapport *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, rédigé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population.

L'examen porte aussi sur les documents clés suivants de Santé Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé :

- *Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population, rapport final* (Institut canadien d'information sur la santé, 1999)
- *Initiative du Carnet de route...Lancer le processus* (Institut canadien d'information sur la santé, mars 2000)
- *Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel* (Institut canadien d'information sur la santé)
- *Pour une population en meilleure santé : une action concrète* (Santé Canada, 1998).

Dans ce rapport, on procède à une analyse en fonction du sexe de chacun de ces documents. Le cadre d'analyse en fonction du sexe utilisé est une version adaptée de celui du rapport *Invisible Women*, conçu initialement par les auteurs d'une étude intitulée *Invisible Women: Gender and Health Planning in Manitoba and Saskatchewan and Models for Progress* (Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies). Ce rapport portait sur la réponse des nouveaux organes régionaux de santé de chaque province aux besoins et aux préoccupations des femmes dans les domaines de l'évaluation des besoins communautaires en matière de santé et de la planification des services de santé.

L'analyse en fonction du sexe joue un rôle important dans ces deux domaines parce qu'elle permet :

- de cerner de plus près les risques pour la santé;
- de faire la lumière sur les taux de maladie et de comprendre les différences entre les tendances des maladies et des blessures des femmes et des hommes, des garçons et des filles;
- d'enrichir l'analyse de la gestion des risques et des traitements possibles;
- de faire connaître aux chercheurs et aux décideurs les différences et les ressemblances liées à la situation sociale, économique et biomédicale des hommes et des femmes;
- d'accroître les connaissances sur la santé des femmes et des hommes.

La non-application de l'analyse en fonction du sexe à l'étude des soins de santé entraîne aussi son lot de problèmes, dont les suivants :

- la fusion des données recueillies selon le sexe ne profite ni aux hommes ni aux femmes, car des différences importantes peuvent passer inaperçues;

- l'application de la recherche sur les hommes à des choix de politiques ou de traitements destinés aux femmes peut entraîner des interventions inadéquates;
- le regroupement de l'information mine la rigueur des efforts de surveillance et de promotion de la santé et nuit à la qualité de l'information servant à l'établissement de la politique de santé, à la conception des programmes, à la prise de décisions cliniques et à l'évaluation des interventions en santé.

Le temps est venu de mettre au point des indicateurs de la santé de la population qui tiennent compte de la diversité de la population canadienne. Les gouvernements résolus à adopter une approche axée sur la santé de la population et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) auront besoin de ces indicateurs. Il est certes de plus en plus facile d'obtenir des données ventilées selon le sexe, mais l'étape suivante, soit celle d'assortir ces données d'une analyse en fonction du sexe, n'est toujours pas entrée dans les mœurs. Certains documents, en particulier le Rapport de 1999 du Comité consultatif de Santé Canada sur la surveillance de la santé des femmes, montrent qu'il est tout à fait possible d'utiliser des données ventilées selon le sexe assorties d'une analyse en fonction du sexe pour renforcer la planification des services de santé et l'élaboration d'indicateurs de la santé de la population sensibles aux différences entre les sexes.

Le rapport *Pour un avenir en santé* marque un pas en avant important pour ce qui est de la place accordée aux différences entre les sexes en général et à la santé des femmes en particulier dans la littérature sur la santé de la population canadienne. Il renferme beaucoup plus d'information sur la santé et les besoins des femmes que le premier *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*.

Les auteurs du présent rapport font cinq recommandations pour améliorer l'analyse en fonction du sexe dans les documents ultérieurs qui porteront sur la santé de la population canadienne :

1. inclure le sexe parmi les déterminants de la santé;
2. inclure la culture parmi les déterminants de la santé et présenter des données qui reconnaissent la diversité entre les femmes;
3. inclure une analyse de la discrimination selon le sexe et de ses nombreuses répercussions sur les femmes et les hommes, les garçons et les filles, et sur la santé de l'ensemble de la société canadienne;
4. utiliser les données déjà recueillies pour favoriser l'application des recommandations 2 et 3 ci-dessus;
5. intensifier l'analyse en fonction du sexe des politiques et des programmes de santé.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a commencé à élaborer des indicateurs de la santé de la population pour le Canada. Les données recueillies et leur mode de présentation détermineront le genre d'information dont disposeront les décideurs fédéraux, provinciaux-territoriaux et régionaux. Il est donc primordial d'inclure des données ventilées

selon le sexe et d'appliquer une analyse en fonction du sexe tant à la sélection des indicateurs qu'à l'interprétation des données.

Aucun des trois documents de l'ICIS qui ont été examinés ne s'est penché sérieusement sur les différences entre les sexes en général et sur la santé des femmes en particulier. Cette situation pose un problème pour diverses raisons :

1. La mise de côté du facteur sexe dans l'élaboration des indicateurs de la santé de la population et des rapports connexes nuit à la qualité de la recherche.
2. La mise de côté du facteur sexe est contraire aux engagements pris par le Canada à l'égard de l'égalité des sexes.
3. Les Instituts canadiens de recherche en santé du Canada (IRSC) auront besoin d'analyses en fonction du sexe pour fixer les priorités de la recherche.
4. Étant donné que l'ICIS n'a pas pris en considération le facteur sexe, il a exclu totalement le secteur des soins informels des indicateurs de la santé de la population proposés.

Dans le cadre de son mandat, l'ICIS :

*fournit l'information statistique pouvant être utilisée pour formuler [ses] politiques en santé publique et aider les professionnels des soins de santé et les gestionnaires à prendre des décisions avisées.**

Il importe de noter que, pour les raisons qui précèdent, ce travail important ne peut se faire que si on adopte un cadre de la santé qui tient compte des différences entre les sexes et de la diversité et si on l'utilise pour étudier l'ensemble des déterminants de la santé, y compris les déterminants sociaux et économiques de la santé des femmes et des hommes.

Comme l'ICIS est en voie d'élaborer des indicateurs de la santé de la population, le temps est bien choisi pour veiller activement à ce que le facteur sexe soit pris en considération.

* Institut canadien d'information sur la santé, *Ce que nous faisons*, à l'adresse : <http://www.cihi.ca/french/fwedo/dof.shtml>

II. Introduction

En novembre 1999, le Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies (CESFP) a publié une monographie *Invisible Women: Gender and Health Planning in Manitoba and Saskatchewan and Models for Progress*, rédigée par Tammy Horne, Lissa Donner et Wilfreda Thurston. Ce rapport portait sur la réponse des nouveaux organes régionaux de santé de chaque province aux besoins et aux questions des femmes dans deux domaines précis : l'évaluation des besoins communautaires en matière de santé et la planification des services de santé. Les auteurs ont élaboré un cadre pour mener l'examen et rechercher les allusions spécifiques au facteur sexe et aux femmes. Selon le rapport, il existe peu d'analyses en fonction du sexe et de stratégies qui tiennent compte des différences liées au sexe dans les deux provinces.

Pendant ce temps, le Groupe de travail des hauts fonctionnaires relevant des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux responsables de la Condition féminine a décidé d'examiner le rapport *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Le groupe de travail a passé un contrat avec le CESFP pour faire ce travail. L'équipe de chercheurs qui avait préparé le rapport *Invisible Women* a été retenue par le CESFP pour effectuer cette analyse, qui a été élargie de manière à englober les documents suivants :

- *Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population, rapport final* (Institut canadien d'information sur la santé, 1999)
- *Initiative du Carnet de route...Lancer le processus* (Institut canadien d'information sur la santé, mars 2000) (Institut canadien d'information sur la santé, mars 2000)
- *Pour une population en meilleure santé : une action concrète* (Santé Canada) (Institut canadien d'information sur la santé)
- *Pour une population en meilleure santé : une action concrète* (Santé Canada, 1998).

Dans ce document, on analyse chacun de ces quatre documents à l'aide d'une version adaptée du cadre utilisé pour le rapport *Invisible Women*. Le cadre révisé est présenté à l'annexe 1. Dans tous les cas, on applique les tableaux du rapport *Invisible Women* au document en question et on énonce brièvement les répercussions.

On analyse d'abord le rapport *Pour un avenir en santé*, puis on résume les données qu'il inclut et celles qu'il exclut. On présente ensuite les conclusions au sujet de la prise en compte du facteur sexe dans le rapport. L'annexe 2 expose plus en détail la sélection des données dans le rapport *Pour un avenir en santé*.

La section suivante du rapport présente une analyse en fonction du sexe des trois documents de l'Institut canadien d'information sur la santé et les conclusions au sujet de la prise en compte du facteur sexe dans ces documents.

On présente enfin une brève analyse du rapport *Pour une population en meilleure santé : une action concrète*.

III. Place des analyses en fonction du sexe dans la planification des services de santé

On a toujours mis l'accent, en santé publique, sur l'impact des facteurs environnementaux sur la santé. La salubrité de l'eau, de l'air et du sol et les conditions de logement sont des facteurs physiques importants pour la santé (Macintyre et coll., 1993). Les environnements locaux offrent aussi parfois des ressources qui contribuent à prévenir les maladies et à promouvoir la santé et le bien-être, par exemple des services de santé et d'autres services sociaux, des entreprises et des infrastructures, notamment des routes. Les recherches plus récentes mettent l'accent sur un troisième aspect des environnements locaux, soit l'organisation de la vie sociale, qui influe aussi sur la santé de la population (Berkman et Kawachi, 2000; Hawe et Shiell, 2000; Krieger, 2000; Link et Phelan, 1995). La cohésion sociale, le capital social, la participation à la vie publique, la discrimination fondée sur la race, le sexe, l'orientation sexuelle, la compétence ou l'âge sont tous des concepts qui servent à décrire l'organisation de la vie sociale.

Santé Canada a donné les définitions suivantes des termes « sexe biologique » et « sexe social » dans son rapport intitulé *La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes* :

SEXE BIOLOGIQUE renvoie aux différences biologiques entre mâle et femelle. Le secteur de la santé s'est penché principalement sur les différences au niveau de la reproduction, en particulier la maternité, cependant les distinctions entre mâle et femelle et la façon dont elles influent sur la santé vont bien au-delà des questions de reproduction. Peu à peu le secteur de la santé reconnaît l'étendue des différences anatomiques et physiologiques et les incorpore dans les études scientifiques et le traitement. Se baser sur des normes masculines est une approche qui est remise en question, par exemple au niveau du diagnostic et du traitement des maladies du cœur et de la compréhension des différentes répercussions de l'anesthésie sur les femmes et les hommes, les filles et les garçons.

SEXE SOCIAL renvoie à la gamme des rôles et rapports déterminés par la société, aux traits de personnalités, aux attitudes, aux comportements, aux valeurs, à l'influence et au pouvoir relatif que la société attribue aux deux sexes en fonction de leurs différences. Le sexe social est d'ordre relationnel; son rôle et ses caractéristiques n'existent pas par eux-mêmes, ils sont définis l'un par rapport à l'autre et dans les rapports entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons. [...] le sexe social est à la racine d'un déséquilibre des pouvoirs qui, dans la plupart des sociétés, favorise le sexe masculin.

Les rapports entre les sexes sociaux font partie intégrante des institutions de la société, telles que la famille, les écoles, les milieux de travail et les gouvernements. Ils façonnent les systèmes et organismes sociaux, y

compris le système de santé, et sont appuyés par les valeurs, les règles, l'allocation des ressources et les activités habituelles.

Les normes liées au sexe social déterminent la nature des questions de santé et influencent les pratiques et priorités du système de santé. Par exemple, ce sont les femmes principalement qui fournissent les soins à domicile et qui souffrent de dépression. Par contre, les hommes ont un plus haut taux d'accidents et de blessures. Le système de santé a abordé ces questions sans tenir compte de la nature du sexe social. Des mesures contre l'inégalité entre les sexes et le sexisme dans le système de santé amélioreront la santé des deux segments de la population. (Santé Canada, pages 15-16)

Les différences entre les sexes sont au cœur de l'organisation de la vie sociale. On peut dire qu'elles constituent une institution sociale qui régit d'autres institutions, par exemple l'économie, la famille, la politique et la religion, ainsi que le développement des attentes et de l'identité des individus. Les différences entre les sexes sont partie intégrante des normes d'une société. Les rôles dévolus à chacun des sexes sont considérés comme « naturels ». On ne peut donc faire ressortir les différences entre les sexes qu'en posant des questions notamment sur les rôles, les attentes et les comportements (Lorber, 1996). Les données montrent clairement que les femmes au Canada n'ont pas les mêmes chances que les hommes sur le plan de l'emploi, du revenu, de la participation à la vie communautaire et d'autres indicateurs clés. L'analyse en fonction du sexe appliquée au domaine de la santé est un outil qui permet de mettre au jour les mécanismes du sexe social et ses répercussions sur les femmes et les hommes, les garçons et les filles. L'analyse en fonction du sexe « aide à mettre en évidence et à clarifier les différences entre les femmes et les hommes, la nature de leurs rapports sociaux, leurs réalités sociales différentes, leurs attentes et leurs circonstances économiques » (Santé Canada, 2000, p. 1).

L'équité et l'égalité entre les sexes sont des objectifs connexes mais distincts de l'analyse en fonction du sexe (Santé Canada, 2000). L'égalité de statut ne peut parfois s'obtenir qu'en s'attaquant aux injustices historiques. Ainsi, la plus grande proportion de temps que consacrent les femmes à la santé de la famille peut nuire à leur situation financière à long terme, ce qui aura à son tour un effet néfaste sur leur santé si cet apport n'est pas reconnu dans d'autres politiques sociales. Ce même trait peut cependant amener les femmes à cerner et à traiter plus tôt certains de leurs problèmes de santé et ceux des autres membres de leur famille. Les hommes pourraient en apprendre davantage sur la santé et le système de santé si un plus grand nombre d'entre eux consacraient du temps aux enfants et à d'autres membres de la famille qui ont recours aux services de santé. Les professionnels et les planificateurs de la santé seraient également forcés de modifier leurs hypothèses au sujet des rôles des hommes et des femmes à l'égard des soins aux membres de la famille et de la société.

IV. Adaptation du cadre utilisé dans le rapport *Invisible Women*

Le cadre original du rapport *Invisible Women* a été conçu en fonction de l'examen de documents portant sur la planification des services de santé. Bon nombre des catégories utilisées initialement ne convenaient pas aux documents examinés dans le cadre de ce projet. Le cadre original a donc été adapté afin de pouvoir servir à l'analyse des documents plus généraux portant sur les politiques de santé.

À l'instar de l'original, le cadre révisé vise à cerner les points forts et les lacunes de l'analyse en fonction du sexe, en particulier dans les domaines que les auteurs estiment liés à la santé des femmes, effectuée dans les documents examinés. Il s'inspire d'une optique axée sur la santé de la population qui intègre le sexe aux 12 déterminants de la santé actuellement reconnus par Santé Canada.

Le cadre met l'accent sur les aspects suivants :

- les liens entre le sexe et les autres déterminants de la santé;
- l'influence différente du sexe sur divers groupes de femmes;
- la reconnaissance des obstacles structurels auxquels les femmes font face tant dans leurs habitudes de santé personnelles que dans l'accès aux services de santé;
- une définition large de la santé des femmes, qui va au-delà des maladies et des troubles propres aux femmes ou plus fréquents chez elles (p. ex. l'endométriose ou le cancer du sein).

Le cadre révisé complet figure à l'annexe 1.

V. Analyse de *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*

1. Introduction

Le rapport *Pour un avenir en santé* a été fait par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Il repose sur le premier *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, publié en 1996.

Il y a deux points importants à noter dès le départ. **Premièrement, ce rapport s'attarde beaucoup plus à l'analyse en fonction du sexe et à l'analyse de la santé des femmes que le premier *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*.** Sous ces deux angles, il marque un pas en avant important et établit un nouveau repère pour d'autres rapports sur la santé de la population. **Deuxièmement, il importe de noter que, malgré ces points positifs, les auteurs du rapport n'ont pas saisi l'occasion d'inclure le sexe parmi les déterminants de la santé.** On le dit tacitement au début du rapport :

En 1994, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a publié un document intitulé « Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé de la population » qui développait cette notion. Ce document identifiait les influences clés ou « facteurs déterminants » suivants de la santé : les conditions de vie et de travail (environnement socioéconomique), l'environnement physique, les services de santé, le développement au cours de la petite enfance, le soutien social, les habitudes de santé personnelles et la capacité d'adaptation, ainsi que la biologie et le patrimoine génétique. [...]

Outre les facteurs susmentionnés, le sexe, la culture et l'appartenance à des groupes de population précis affectent aussi grandement l'état de santé. Les auteurs du rapport ont déployé des efforts particuliers pour analyser l'effet de tels facteurs sur l'état de santé et sur les déterminants de la santé, dans les limites de disponibilité de données. (page 3)

L'énoncé est intéressant parce que même si on y reconnaît l'influence du sexe et de la culture sur la santé, on ne mentionne pas que Santé Canada a ajouté ces deux éléments à la liste des déterminants de la santé à la suite du Forum national sur la santé de 1997. Il serait intéressant de savoir pourquoi le CCSP a pris cette avenue.

2. Application du cadre révisé du rapport *Invisible Women* à *Pour un avenir en santé*

A. Reconnaissance des liens entre le sexe et chacun des autres déterminants de la santé

(p. ex. données ventilées selon le sexe et analyse de la manière dont elles jouent différemment chez les femmes et les hommes)

Déterminants	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Revenu et statut social		✓		
Réseau de soutien social			✓	
Niveau de scolarité			✓	
Emploi et conditions de travail			✓	
Environnement social		✓		
Environnement physique		✓		
Biologie et patrimoine génétique	✓			
Habitudes de santé personnelles et capacité d'adaptation personnelles		✓		
Sain développement de l'enfant		✓		
Services de santé		✓		
Culture				✓

- « Aucune » aucune mention du lien entre le sexe et le déterminant en question ou absence de données ventilées selon le sexe
- « Un peu » une ou deux mentions du lien entre le sexe et le déterminant en question ou présence de données ventilées selon le sexe
- « Un certain nombre » plus de deux mentions du lien entre le sexe et le déterminant en question ou présence de données ventilées selon le sexe
- « Beaucoup » plus de deux mentions du lien entre le sexe et le déterminant en question ou présence de plus de deux cas de données ventilées selon le sexe et d'au moins une analyse de la question en fonction du sexe

Analyse

Statut socioéconomique

Le rapport *Pour un avenir en santé* souligne l'influence importante des facteurs socioéconomiques sur la santé. Les auteurs mentionnent notamment ce qui suit, au chapitre 1 :

*Les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles de souffrir de maladies et de mourir prématurément que les Canadiens à revenu élevé.
[...]*

Selon l'Indice du développement humain des Nations Unies, les inégalités dans la répartition du revenu et le niveau d'alphabétisation ont déclassé le Canada du premier rang au dixième rang au monde. (page 14)

Les auteurs du rapport ont cependant peu analysé la répartition de la pauvreté selon le sexe au Canada. Ils ont laissé passer de nombreuses occasions d'élucider les liens entre ces deux notions à la fois au chapitre 1, « L'état de santé des Canadiennes et Canadiens », et au chapitre 2, « L'environnement socioéconomique ».

S'inspirant toujours de la même approche, le rapport traite peu de la pauvreté qui touche davantage les femmes appartenant à des groupes marginalisés, notamment les femmes autochtones, les femmes des minorités visibles et les femmes handicapées. Il mentionne toutefois que les familles monoparentales dirigées par une femme risquent plus de souffrir de la pauvreté que celles qui sont dirigées par un homme (page 45), mais il analyse peu ces faits.

Cette absence d'analyse en fonction du sexe influe sur la présentation ou l'omission des données. Le rapport indique notamment ce qui suit :

Il faut toutefois noter qu'en 1995, un aîné sur cinq (surtout des femmes âgées seules) vivaient encore sous le SFR. (page 43) (Le « SFR » correspond au seuil de faible revenu de Statistique Canada.)

Cette présentation des données passe sous silence plusieurs faits importants sur la pauvreté chez les femmes âgées.

Premièrement, le taux de pauvreté des personnes âgées est de 19 %, mais celui des femmes âgées est de 24 % et **celui des femmes âgées seules est de 49 %**. Deuxièmement, les hommes âgés seuls représentent 15 % des personnes âgées pauvres, mais **les femmes âgées seules représentent 63 % des personnes âgées pauvres**¹. Cette situation tient à plusieurs facteurs, notamment la plus longue espérance de vie des femmes, qui est abordée dans le rapport, et des aspects qui touchent la sécurité du revenu tout au long de la vie, par exemple la participation à la population active et aux régimes de pension, qui ne le sont pas.

Voilà un bon exemple de la nécessité de l'analyse en fonction du sexe. Si l'on n'applique pas cette grille d'analyse à l'étude du revenu et de la pauvreté chez les aînés, on ne pourra pas

¹ Statistique Canada, *Personnes à faible revenu*, 1980 à 1997, tableau 5.

fournir aux décideurs l'information dont ils ont besoin pour réduire la pauvreté chez les femmes et les hommes âgés et en atténuer les effets. C'est un outil essentiel pour comprendre l'influence commune du sexe et du faible revenu sur les autres déterminants de la santé, notamment la culture, et leur interaction.

Sexe et culture – santé des femmes autochtones

Selon les auteurs du rapport, la culture, tout comme le sexe, n'est pas un déterminant de la santé. C'est donc dire essentiellement que l'on n'analyse pas la santé des femmes autochtones par rapport à celle des hommes autochtones². On écrit notamment : « Les peuples autochtones du Canada sont plus aptes à avoir une mauvaise santé et à mourir prématurément que la population canadienne dans son ensemble. » (page 14)

Il est important d'affirmer que le taux de morbidité et de mortalité plus élevé des femmes et des hommes autochtones n'est pas imputable à leur « culture ». Le racisme, la discrimination systémique et la dépréciation des cultures autochtones sont autant d'éléments qui ont des effets négatifs sur la santé et le bien-être des Autochtones.

L'incidence plus forte de la maladie chez les femmes autochtones est masquée par l'approche adoptée dans le rapport *Pour un avenir en santé*, qui parle toujours des « peuples autochtones » dans leur ensemble. De même, le rapport inscrit les peuples autochtones parmi les trois groupes clés dans lesquels le Canada devrait faire des investissements en santé. Les autres sont les enfants et les jeunes (page 177).

Même si les auteurs du rapport reconnaissent que « les sous-populations au sein de la population autochtone sont diverses » (page 186), ils n'analysent pas la santé et les besoins des femmes autochtones et ne considèrent pas ces femmes comme un élément de cette diversité.

² Le terme « Autochtone » désigne ici les Premières nations, les Inuits et les Métis.

Le rapport *Pour un avenir en santé* fait allusion à la *First Nations and Inuit Regional Health Survey* et présente le tableau suivant (page 17) :

Figure 1.4 Rapport (normalisé selon l'âge) de maladies chroniques choisies entre les Premières nations et le Canada, 1997

<i>Maladie</i>	<i>Rapport : Hommes</i>	<i>Rapport : Femmes</i>
<i>Diabète</i>	<i>3:1</i>	<i>5:1</i>
<i>Problèmes cardiaques</i>	<i>3:1</i>	<i>3:1</i>
<i>Cancer</i>	<i>2:1</i>	<i>2:1</i>
<i>Hypertension</i>	<i>3:1</i>	<i>3:1</i>
<i>Arthrite ou rhumatisme</i>	<i>2:1</i>	<i>2:1³</i>

Ce tableau établit une comparaison utile entre la prévalence déclarée de ces maladies d'une part chez les hommes autochtones et l'ensemble des hommes canadiens et d'autre part chez les femmes autochtones et l'ensemble des femmes canadiennes. **Cependant, le document source, intitulé *First Nations and Inuit Regional Health Survey*, englobait aussi des données comparatives sur la situation des femmes autochtones et des hommes autochtones. Ces données n'ont pas été incluses dans *Pour un avenir en santé*.**

On reproduit ci-dessous deux tableaux afin de souligner l'importance de tenir compte à la fois du sexe et du statut d'Autochtone dans toute analyse de la santé des peuples autochtones⁴.

Tableau 1. Comparaison des maladies chroniques selon le sexe entre les membres des Premières nations et les Inuits du Labrador et l'ensemble de la population canadienne

Maladie	Femmes		Ratio PN et l/ens. pop. can.	Hommes		Ratio PN et l/ens. pop. can.
	PN et I	Ens. pop. can.		PN et I	Ens. pop. can.	
Problèmes cardiaques	10 %	4 %	2,5:1	13 %	4 %	3,3:1
Hypertension	25 %	10 %	2,5:1	22 %	8 %	2,8:1
Diabète	16 %	3 %	5,3:1	11 %	3 %	3,7:1
Arthrite/rhumatisme	27 %	18 %	1,5:1	18 %	10 %	1,8:1

Source : La santé des Premières nations et des Inuits au Canada – Un second diagnostic, page 7, fondé sur des données tirées de la *First Nations and Inuit Regional Health Survey* (1999) et de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* 1994-1995.

³ *Ibid.*, p. 17.

⁴ Ces tableaux sont reproduits de Donner, L., *Women, Poverty and Health in Manitoba: An Overview and Ideas for Action*, Women's Health Clinic, Winnipeg, July 2000.

Le tableau figurant ci-haut présente les mêmes données que la figure 1.4 du rapport *Pour un avenir en santé*, mais il permet en outre au lecteur d'examiner les différences entre les maladies observées chez les femmes et les hommes autochtones et de les comparer à celles de l'ensemble des femmes et des hommes canadiens.

La *First Nations and Inuit Regional Health Survey* comprenait aussi des données sur les maladies chroniques dont souffraient les femmes et les hommes autochtones :

Tableau 2. État de santé autodéclaré des membres des Premières nations et des Inuits du Labrador selon le sexe et l'âge

État de santé	15 à 29 ans		30 à 54 ans		55 ans et plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Très bon – excellent	67 %	57 %	51 %	49 %	31 %	24 %
Mauvais – passable	33 %	43 %	49 %	51 %	69 %	76 %
Aucune maladie chronique	77 %	66 %	56 %	44 %	20 %	13 %
Au moins une maladie chronique	24 %	34 %	44 %	56 %	80 %	87 %

Source : « Activity Limitation and the Need for Continuing Care », page 161 du document *First Nations and Inuit Regional Health Survey*.

Ce tableau montre clairement que les femmes autochtones sont plus frappées par la maladie. En effet, elles sont plus nombreuses que les hommes autochtones, dans chaque groupe d'âge, à affirmer souffrir d'au moins une maladie chronique. *Pour un avenir en santé* n'étudie toutefois pas le statut socioéconomique, l'état de santé et les besoins sur le plan de la santé des femmes autochtones comparativement à ceux des hommes autochtones et des autres femmes canadiennes.

Réseaux de soutien social

Le rapport *Pour un avenir en santé* mentionne que les femmes sont plus susceptibles à la fois de donner (pages 57 à 59 et page 62) et de recevoir du soutien social (page 60) (p. ex. famille et entourage).

On fait mention, dans cette section du rapport, des conséquences de la prestation de soins informels non rémunérés sur la santé et le bien-être des femmes. La question est abordée dans la section des services de santé ci-dessous.

Niveau de scolarité

Le rapport présente des données ventilées selon le sexe sur l'alphabétisation et le niveau de scolarité des femmes et des hommes (pages 51 et 53). Il établit un lien entre le faible revenu et l'alphabétisation et présente des données ventilées selon le sexe qui montrent que les femmes

ayant de faibles capacités de lecture et d'écriture sont particulièrement susceptibles de toucher un faible revenu (page 54).

Emploi et conditions de travail

Le rapport présente des données ventilées selon le sexe sur la participation à la population active, le chômage, la satisfaction au travail et le stress professionnel, les travaux ménagers sans rémunération, les soins aux enfants et les accidents de travail (pages 54 à 59). On n'analyse toutefois pas les effets qu'ont sur la santé des femmes leur moins grande satisfaction au travail, leur stress professionnel plus élevé et leurs responsabilités plus lourdes à l'égard des soins aux enfants et des travaux ménagers.

Environnement social

Le rapport *Pour un avenir en santé* présente des données ventilées selon le sexe sur les victimes de violence à la maison, mais non à l'extérieur de la maison. Il contient une phrase sur les effets de la violence sur la santé des femmes :

Les femmes qui sont agressées souffrent souvent de graves problèmes physiques et psychologiques. Certaines sont même assassinées. (page 60)

Environnement physique

Le rapport *Pour un avenir en santé* présente des données ventilées selon le sexe qui montrent qu'un plus grand nombre de mères monoparentales que de pères monoparentaux n'ont pas assez de nourriture à la maison et que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à recourir aux banques alimentaires (page 103). Les auteurs énoncent les dangers de la fumée de tabac ambiante et soulignent que les femmes enceintes sont particulièrement affectées par la fumée de tabac ambiante (page 104).

La section du rapport qui traite du transport mentionne qu'il y a moins de femmes que d'hommes qui se rendent au travail en voiture (page 105). Cette situation présente certainement des avantages sur le plan de l'environnement, mais les auteurs n'analysent pas le fardeau supplémentaire qu'elle impose aux femmes là où il n'y a pas de transport public adéquat et abordable. On n'analyse pas les effets du transport sur la santé dans le cas des femmes et des hommes handicapés (page 105).

La section du rapport traitant des sans-abri fait état d'autres recherches sur les liens entre la violence et l'itinérance chez les femmes (page 107).

Le rapport ne tient pas compte du sexe dans son analyse des questions suivantes : le développement durable et la santé, l'appauvrissement de la couche d'ozone, le climat, l'air, les toxines de l'environnement, l'eau et les possibilités de logement abordable et adéquat.

Biologie et patrimoine génétique

C'est dans cette section du rapport *Pour un avenir en santé* que l'on retrouve l'analyse la plus approfondie de l'influence conjointe que peuvent avoir le sexe et un autre déterminant sur la santé des hommes et des femmes. Le dernier paragraphe de la section portant sur la biologie et les malformations congénitales est particulièrement digne d'intérêt :

*En principe, toutes les femmes désirent accoucher d'un bébé en santé. La plupart de celles qui fument ou qui boivent durant la grossesse le font à cause de la dépendance ou de niveaux élevés de stress causés par la pauvreté, la violence ou d'autres facteurs. Les femmes enceintes ont besoin du soutien de leurs partenaires, de leurs familles et de leurs collectivités. **Elles doivent prendre conscience que leur propre santé importe autant que celle du fœtus qui grandit en elles.** (page 163) (non mis en caractères gras dans l'original)*

On retrouve également, dans cette section du rapport, une analyse de l'influence des nouvelles techniques de reproduction et de génétique sur les femmes et on établit un lien avec le revenu et le statut social :

Le statut économique relatif des femmes les rend également plus vulnérables aux conséquences néfastes de certaines technologies comme la commercialisation des gamètes et des embryons humains. (page 164)

Cette section du rapport traite aussi du vieillissement et présente des données ventilées selon le sexe sur l'état de santé des femmes et des hommes âgés. On décrit les soins informels donnés aux personnes âgées et on note qu'ils sont prodigués en majeure partie par des filles et des épouses (page 168).

Cette section du rapport comporte une analyse des « effets d'autres facteurs déterminants de la santé sur le vieillissement sain », mais on n'y aborde pas l'influence du sexe, à titre de déterminant de la santé, sur le vieillissement. Ce choix va de pair avec l'attention inégale accordée au facteur sexe dans le document. Les auteurs soulignent cependant ce qui suit, dans leur étude du soutien et de l'isolement social :

[...] les veuves âgées d'autres ethnies pourraient bien être trois fois moins avantagées que les autres. (page 169)⁵

Le travail effectué dans cette section du rapport pour inclure une analyse en fonction du sexe mérite d'être souligné et pourrait servir d'inspiration pour d'autres documents.

Habitudes de santé personnelles et capacités d'adaptation

Le rapport *Pour un avenir en santé* souligne que le tabagisme est maintenant plus répandu chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes (page 114). Il présente des données ventilées selon le sexe au sujet de l'activité physique, des saines habitudes alimentaires, de la consommation d'alcool, des relations sexuelles, des tests de dépistage du VIH, du port du casque protecteur à bicyclette et des habitudes de santé personnelles des jeunes de 15 à 24 ans (pages 118 à 129).

Les auteurs du rapport présentent des données séparées pour les femmes et les hommes, mais ils n'analysent pas ces différences en étudiant leurs origines ou leurs effets différents sur les deux sexes.

⁵ Les auteurs désignent fort probablement les femmes âgées issues de groupes ethniques minoritaires.

Sain développement de l'enfant

Plusieurs données fournies dans cette partie du rapport font mention du sexe. Premièrement, on traite du lien entre le niveau de scolarité de la mère et plusieurs indicateurs d'un sain début dans la vie, notamment un poids sain à la naissance (pages 76 et 89). Deuxièmement, on signale que le faible revenu familial a des conséquences néfastes sur la santé des enfants et que les enfants nés de mères monoparentales courent un risque de pauvreté particulièrement élevé (page 84). Troisièmement, on indique que les jeunes femmes (15 à 19 ans) constituent le groupe d'âge-sexe le plus susceptible de présenter des signes de dépression (page 74).

On mentionne ce qui suit dans le cadre de l'analyse des stratégies visant à renforcer le sain développement de l'enfant :

Porter attention aux différences entre les sexes

Quand on élabore de grandes stratégies de développement sain des enfants, on ne tient pas souvent compte des différences d'état de santé, de capacités et de besoins entre les garçons et les filles. Certes, tous les enfants ont besoin d'un soutien égal pour grandir en santé. Toutefois, les données présentées suggèrent qu'une stratégie destinée aux enfants doit toujours tenir compte des différences de l'expérience du développement entre garçons et filles. Par exemple, réduire le nombre des blessures et les problèmes de comportement constitue une priorité pour les garçons; réduire la violence familiale et l'usage précoce du tabac en est une pour les filles et les jeunes femmes. (page 90)

Ce genre d'analyse en fonction du sexe aurait pu être appliquée aux autres stratégies mentionnées dans cette section.

Services de santé

Cette section du rapport *Pour un avenir en santé* mentionne que certains besoins en soins à domicile ne sont pas comblés et que la majeure partie de ces soins sont assurés par des femmes. On y indique :

Bien que la plupart des femmes qui prennent soin des autres affirment qu'il ne s'agit pas d'un fardeau, quelque 27 p. 100 disent que la situation nuit à leur propre santé et deux tiers des femmes de 25 à 44 ans qui travaillent disent que ce genre de tâche affecte leur emploi. Ce domaine nécessite également la tenue d'autres études. (page 138)

Les auteurs du rapport notent, plus loin dans cette section, que les modifications apportées à la durée des séjours à l'hôpital touchent particulièrement les femmes, tant à titre de consommatrices de soins qu'à titre de soignantes à domicile (page 142).

Le rapport mentionne :

Les femmes de 18 à 54 ans avaient deux ou trois fois plus tendance que les hommes du même groupe d'âge à avoir consulté un médecin au cours de l'année précédente. [...] chez les personnes de 75 ans et plus, les hommes (83 p. 100) étaient légèrement plus enclins que les femmes (80 p. 100) à déclarer deux consultations ou plus auprès d'un médecin [...] il existe plusieurs données probantes sur les différences entre les modèles de consultation favorisés par les femmes et ceux favorisés par les hommes. Il importe d'examiner cette situation de plus près. (page 146)

Ces différences ont été expliquées en partie par la recherche menée au Manitoba par Cam Mustard, Pat Kaufert et d'autres collaborateurs et publiée dans le *New England Journal of Medicine*. Les chercheurs ont démontré que, au Manitoba en 1994-1995, le coût par habitant de la prestation de soins de santé financés par le régime d'assurance-maladie était d'environ 30 % plus élevé dans le cas des femmes que dans celui des hommes. Cependant, si l'on faisait exception des coûts liés à certains troubles particuliers à un sexe (notamment les coûts de la reproduction normale et des troubles de la reproduction, dans le cas des femmes, et ceux des maladies de l'appareil génito-urinaire et du sein, dans le cas des femmes et des hommes) et si l'on tenait compte à la fois des coûts des services dispensés par des médecins et de ceux des soins aigus en milieu hospitalier, **les coûts des soins de santé assurés étaient à peu près identiques dans le cas des femmes et des hommes**. En d'autres termes, le ratio femmes/hommes passait de 1,3 à 1,0⁶.

Cette recherche n'a porté que sur une seule province, mais elle montre bien le genre d'information nouvelle et importante que permet de recueillir l'analyse en fonction du sexe des données sur l'utilisation des services de santé.

Dans cette section, on analyse les tests de Pap utilisés pour le dépistage du cancer du col utérin et on souligne que les femmes qui ont un revenu et un niveau de scolarité plus élevés sont plus susceptibles de subir des tests de Pap régulièrement et que les femmes nées à l'extérieur de l'Amérique du Nord sont moins susceptibles d'avoir déjà subi un test de Pap que les femmes nées au Canada et aux États-Unis. On fait également état des variations interprovinciales dans le pourcentage de femmes qui déclarent avoir subi une mammographie pour le dépistage du cancer du sein (pages 146 et 147).

On souligne aussi, dans cette section du rapport, que les femmes ont moins accès que les hommes à des services de santé non assurés, notamment des soins dentaires, des examens de la vue et des verres correcteurs, des soins chiropractiques et des services de santé mentale. C'est que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'exercer des emplois peu rémunérés ou des emplois qui n'offrent pas d'assurance-maladie complémentaire (page 148).

⁶ Mustard, Cameron, Kaufert, Patricia., Kozyrskyj, Anita and Mayer, Teresa, « Sex Differences in the Use of Health Care Services », *New England Journal of Medicine* 338 (1998) p. 1678.

Cette section du rapport porte aussi sur les besoins non comblés en matière de santé et le recours aux services de santé parallèles. Elle présente des données ventilées selon le sexe dans ces domaines (pages 149 à 153).

Les trois derniers exemples montrent que l'analyse en fonction du sexe permet de mieux comprendre la santé de la population.

B. Reconnaissance des obstacles aux comportements sains ou à l'accès aux services

Obstacles	Oui	Non
Manque de services de garde pour les enfants		✓
Manque de services locaux		✓
Manque de moyens de transport		✓
Manque de flexibilité dans les services (y compris les services sociaux et de santé, les activités de loisir, etc.)		✓
Coût des services	✓	
Problèmes de sécurité (p. ex. risque de violence)	✓	
Langue		✓
Dispensateur de soins ou services désiré non disponible (p. ex. sage-femme, programme de lutte contre le tabagisme)		✓

Analyse

La plupart de ces questions n'ont pas été abordées du tout dans le rapport *Pour un avenir en santé*. Les auteurs ont certes souligné l'importance de services de garde de qualité pour les enfants (pages 74 et 87-88) pour le sain développement de l'enfant, mais ils n'ont pas tenté de déterminer en quoi l'insuffisance de ces services nuisait à la participation des femmes aux activités de promotion de la santé ou à leur utilisation des services de santé.

Le rapport a abordé la difficulté pour les femmes, qui gagnent moins que les hommes en moyenne, d'acheter des services non assurés. Il renferme aussi une analyse de certaines répercussions de la violence sur les femmes et mentionne que certaines femmes préfèrent l'itinérance à un climat de violence.

C. Ventilation des données selon le sexe

Type de données	Beaucoup	Un peu	Aucune
Morbidité	✓		
Mortalité	✓		
Utilisation des services	✓		
Autres – Indice du développement sexospécifique des Nations Unies, Mesure de l’habilitation sexospécifique des Nations Unies, données sur l’emploi et le chômage, soutien social, violence, bénévolat, participation à la vie communautaire, habitudes de santé personnelles, consommation de médicaments de prescription, besoins en santé non comblés, limitations des activités et salubrité des aliments	✓		

- « Aucune » pas de données ventilées selon le sexe
- « Un peu » un ou deux cas de données ventilées selon le sexe
- « Beaucoup » plus de deux cas de données ventilées selon le sexe

Analyse

Les données du rapport *Pour un avenir en santé* sont présentées de façon à permettre au lecteur d’observer les ressemblances et les différences entre les femmes et les hommes. **C’est là un de ses points forts.** Malheureusement, la plupart des données sur le statut socioéconomique et la santé des peuples autochtones n’ont pas été ventilées selon le sexe.

D. Analyse des questions de santé touchant les femmes

Questions de santé touchant les femmes	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Troubles associés à l'appareil reproducteur et services connexes	✓			
Troubles touchant particulièrement les femmes (p. ex. cancer du sein, ostéoporose) et services connexes			✓	
Questions touchant la santé de la famille et des enfants (p. ex. questions parents-enfants)		✓		
Besoins spécifiques aux femmes relativement aux maladies courantes chez les hommes et les femmes (p. ex. maladies du cœur)				✓
Besoins des femmes en matière de santé tout au long de la vie			✓	
Questions spécifiques aux femmes concernant la promotion d'un mode de vie sain (p. ex. réduction du tabagisme, alimentation saine, activité physique)		✓		
Approche holistique allant au-delà de la santé physique (entre autres, la santé mentale, affective et spirituelle)			✓	
Situations de vie des femmes (p. ex. violence, pauvreté, responsabilités parentales, logement, transport, discrimination)		✓		

« Aucune »

« Un peu »

« Un certain nombre »

« Beaucoup »

aucune mention

une ou deux mentions

plus de deux mentions

plus de deux mentions ou plus de deux mentions et au moins une analyse de la question en fonction du sexe

Analyse

Le rapport *Pour un avenir en santé* comprend une bonne analyse des questions liées aux nouvelles techniques de reproduction et de génétique et à leurs répercussions sur les femmes (pages 163-164) ainsi que des données ventilées selon le sexe au sujet des maladies transmises sexuellement et des relations sexuelles sans risque (pages 127-128 et 164). Il ne présente malheureusement pas une analyse plus générale des besoins des femmes et des hommes en matière de santé sexuelle et génésique tout au long de leur vie.

Il importe aussi de noter que le rapport fait mention de certains aspects de la vie des femmes (violence, pauvreté, soins aux enfants et aux personnes âgées et travaux ménagers) qui influent sur leur santé. Plusieurs autres questions importantes, notamment le logement (on y fait cependant allusion dans l'analyse de l'itinérance) et le transport, n'ont pas été étudiées selon le sexe. Comme on l'a mentionné plus haut, l'analyse de certaines questions socioéconomiques, en particulier la pauvreté chez les femmes, réserve tout au plus un traitement superficiel aux différences entre les sexes.

Les auteurs du rapport jettent un regard global sur la santé des femmes et évitent le piège courant de considérer qu'elle se limite aux troubles particuliers aux femmes (p. ex. la grossesse, le travail, l'accouchement et le cancer du col de l'utérus) ou touchant particulièrement ce groupe (p. ex. le cancer du sein).

Les auteurs du rapport présentent des données ventilées selon le sexe sur certaines questions liées à un mode de vie sain, notamment la réduction du tabagisme, l'alimentation saine, l'activité physique et la consommation d'alcool et de drogues illicites (pages 115 à 124), mais ils n'analysent pas l'expérience différente des femmes et des hommes dans ces domaines et les effets de ces différences sur la santé.

E. Diversité

1. Reconnaissance de la diversité

	Oui	Non
Reconnaissance de la diversité des femmes	✓	
Exemples ou modes d'interaction entre la diversité et le sexe et d'autres déterminants de la santé	✓	

2. Analyse de la diversité

Analyse des observations sur les femmes appartenant à l'un des groupes suivants :	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Femmes autochtones				✓
Femmes francophones				✓
Femmes issues de groupes culturels qui ne sont pas originaires de l'Amérique du Nord ni de l'Europe de l'Ouest			✓	
Femmes de milieu rural				✓
Mères célibataires		✓		
Adolescentes et jeunes femmes		✓		
Femmes âgées		✓		
Femmes ayant vécu une relation de violence		✓		
Femmes handicapées		✓		
Femmes à faible revenu		✓		
Femmes ayant de faibles capacités de lecture et d'écriture			✓	

« Aucune »	aucune mention
« Un peu »	une ou deux mentions
« Un certain nombre »	plus de deux mentions
« Beaucoup »	plus de deux mentions et au moins une analyse de la question en fonction du sexe

Nota : Ces catégories ont été choisies parce qu'elles correspondent aux données recueillies pour l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), principale source des données utilisées dans le rapport *Pour un avenir en santé*.

Analyse

Le peu d'attention accordée à la santé des femmes autochtones, des femmes francophones et des femmes issues de minorités ethniques et de minorités visibles constitue une lacune du rapport. La culture, tout comme le sexe, a été reconnue comme un déterminant de la santé par Santé Canada et certaines des provinces, mais comme on l'a mentionné précédemment, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, auteur de *Pour un avenir en santé*, n'a pas tenu compte de ces deux facteurs.

Inclure la culture parmi les déterminants de la santé permettrait de mieux analyser ces questions et peut-être aussi les liens importants entre le sexe, la culture et les autres déterminants de la santé. De nombreux autres aspects de la diversité, notamment les différences entre les femmes rurales et les femmes urbaines et entre les femmes du nord et les femmes du sud et la situation des femmes lesbiennes, n'ont pas été suffisamment étudiés dans le rapport.

Comme le rapport renferme plus de deux mentions aux mères célibataires, aux adolescentes, aux femmes âgées, aux femmes ayant vécu une relation de violence, aux femmes handicapées, aux femmes à faible revenu et aux femmes ayant de faibles capacités de lecture et d'écriture, on lui a attribué la cote « beaucoup » dans ces catégories. C'est un effort louable. Il importe cependant de rappeler que même si le rapport présente des données sur les femmes qui appartiennent à ces groupes, il analyse peu les effets de cette appartenance sur leur santé.

F. Cible précise visée relativement aux besoins ou aux questions touchant les femmes

Cible	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Besoins ou questions touchant la santé physique des femmes		✓		
Besoins ou questions touchant la santé mentale des femmes			✓	
Besoins sociaux des femmes (p. ex. soutien social, questions financières)			✓	

« Aucune »

aucune mention

« Un peu »

une ou deux mentions

« Un certain nombre »

plus de deux mentions

« Beaucoup »

plus de deux mentions et au moins une analyse de la question en fonction du sexe

Analyse

Le rapport *Pour un avenir en santé* brosse un tableau de l'état de santé des femmes et des hommes, mais il ne passe pas à l'étape suivante, soit la définition des besoins en santé des femmes et des hommes, sauf dans une brève analyse des « besoins non comblés en matière de soins de santé » énoncés dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (page 152). Le rapport ne propose pas de services de santé ou de services extérieurs au système de santé qui amélioreraient l'état de santé des femmes présenté dans le rapport. Les champs d'action prioritaires (pages 177 à 193) ne font aucune allusion aux besoins en santé particuliers des femmes qui mènerait à l'adoption de meilleures politiques publiques.

G. Questions liées au système de santé

Question	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Reconnaissance du fait que les femmes sont plus susceptibles d'être des soignants naturels que les hommes		✓		
Reconnaissance du fait que les femmes jouent, en général, le rôle de gardiennes de la santé des membres de la famille (enfants, personnes âgées, hommes)				✓
Reconnaissance du fait que les femmes constituent la majorité des bénévoles offrant des services de santé communautaires			✓	

« Aucune »

aucune mention

« Un peu »

une ou deux mentions

« Un certain nombre »

plus de deux mentions

« Beaucoup »

plus de deux mentions et au moins une analyse de la question en fonction du sexe

Analyse

Les auteurs du rapport *Pour un avenir en santé* reconnaissent l'importance des soins informels non rémunérés que les femmes prodiguent aux enfants, aux personnes âgées, aux personnes en convalescence à la suite d'une maladie et d'un accident et à l'ensemble de la collectivité par leur travail bénévole. Ils mentionnent une fois les effets de ce travail sur la santé des femmes :

Bien que la plupart des femmes qui prennent soin des autres affirment qu'il ne s'agit pas d'un fardeau, quelque 27 p. 100 disent que la situation nuit à leur propre santé et deux tiers des femmes de 25 à 44 ans qui

travaillent disent que ce genre de tâche affecte leur emploi. Ce domaine nécessite également la tenue d'autres études. (page 138)

Les auteurs du rapport lancent un appel à la poursuite de la recherche, mais ils n'utilisent pas la recherche déjà faite sur les femmes qui donnent des soins de ce genre. Ils auraient pu en tirer des conclusions utiles⁷. D'autres travaux ont été faits dans le domaine depuis la publication de *Pour un avenir en santé*. Les rapports ultérieurs sur la santé de la population canadienne pourraient certainement en tirer profit.

H. Décisions et évaluations fondées sur des données probantes

Question	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Reconnaissance de la nécessité d'avoir des données pertinentes sur les hommes et les femmes pour les analyses et la prise de décisions		✓		
Inclusion d'indicateurs spécifiques à la santé des femmes			✓	
Inclusion d'indicateurs spécifiques à l'égalité entre les sexes		✓		

Analyse

Il est à signaler que le rapport a cité à la fois l'Indice du développement sexospécifique et la Mesure de l'habilitation sexospécifique des Nations Unies et a étudié le classement du Canada selon chacun d'eux (pages 29 à 31). Les auteurs indiquent que le classement du Canada au septième rang au monde selon la Mesure de l'habilitation sexospécifique par rapport à son classement au premier rang selon l'Indice du développement sexospécifique appelle la conclusion suivante :

le Canada doit faciliter l'accès des femmes au pouvoir décisionnel en rapport avec la politique, les affaires et les professions, tout en diminuant l'écart de revenu entre les sexes. (page 31)

⁷ Voir, par exemple, le résumé de la littérature dans Janzen, B.L., *Women, Gender and Health: A Review of the Recent Literature*, pages 10 et 11 et Campbell, J. et al., *Caregivers' Support Needs: Insights from the Experiences of Women Providing Care in Rural Nova Scotia*, 1998.

3. Sommaire des sources de données extérieures citées et non citées dans *Pour un avenir en santé* – Rapport principal et résumé statistique

Le peu de données disponibles est l'un des obstacles les plus souvent cités par rapport à l'utilisation de l'analyse en fonction du sexe dans le domaine de la santé. Nous avons donc analysé *Pour un avenir en santé* en nous fondant non seulement sur le cadre révisé du rapport *Invisible Women*, mais aussi sur les données dont disposaient les auteurs de *Pour un avenir en santé* au moment de sa rédaction.

Le résumé ci-dessous traite à la fois des sources de données disponibles qui ont été citées dans *Pour un avenir en santé* et de celles qui ne l'ont pas été. L'information est présentée selon les têtes de chapitre du rapport. Une liste plus détaillée figure à l'annexe 2.

3.1 Sources de données citées

Chapitre 1 État de santé de la population canadienne

Les sources extérieures (autres que l'ENSP) citées dans le rapport principal proviennent essentiellement du gouvernement fédéral, surtout de Santé Canada et Statistique Canada. Des organismes non gouvernementaux ou des articles de revues spécialisées ont été cités à l'occasion. Les sources extérieures citées dans le rapport principal ont traité du bien-être psychologique, du VIH/sida, des décès par maladie cardiovasculaire et par cancer, des projections de décès par tabagisme, par suicide et par homicide, de l'espérance de vie, des années potentielles de vie perdues et de divers indices de développement humain. Certaines sources ont étudié l'état de santé de groupes culturels particuliers. Des données sur les maladies chroniques des peuples autochtones ont été tirées de la First Nations and Inuit Regional Health Survey. Des publications de Statistique Canada ont été citées en ce qui concerne l'espérance de vie de certains groupes d'immigrants et le lien entre le sexe, le statut socioéconomique et l'invalidité chez les immigrants.

Le Rapport statistique a fourni d'autres données sur l'incidence ou la prévalence de certaines questions abordées dans le rapport principal. On y a mis surtout l'accent sur le VIH/sida, le cancer et les maladies du cœur. On y a traité aussi des maladies transmissibles, des maladies mentales, du suicide, de l'alcool et des accidents de véhicule automobile, des hospitalisations, de l'espérance de vie et des années potentielles de vie perdues. Les sources citées étaient en majorité des divisions de Santé Canada, mais des renvois ont été faits à l'occasion à des recherches publiées ou à des organismes non gouvernementaux. La principale différence entre le rapport principal et le rapport statistique tient à ce que le deuxième a fourni des données plus détaillées selon le groupe d'âge et selon la province ou le territoire.

Ce sont surtout des statistiques ventilées selon le sexe qui ont été tirées de sources extérieures. On n'a pas analysé les causes de ces différences selon le sexe. On ne pourrait pas trouver de telles analyses dans les rapports statistiques de diverses divisions, mais on pourrait en trouver dans des recherches publiées. Ainsi, un article de journal cité traite des différences selon le sexe en ce qui concerne les tendances du suicide et les motifs qui le sous-tendent. Si l'on avait

présenté dans le rapport principal certaines des questions soulevées dans l'article, on aurait pu situer les statistiques sur le suicide de Santé Canada dans leur contexte.

Depuis la publication de *Pour un avenir en santé*, les Centres d'excellence pour la santé des femmes, financés par Santé Canada, ont publié d'autres recherches dont pourront s'inspirer les auteurs de rapports ultérieurs sur la santé de la population canadienne. Ces données permettront non seulement de mieux comprendre les différences et les ressemblances entre l'état de santé des femmes et celui des hommes, mais aussi de concevoir les indicateurs qui permettront de le mesurer.

Chapitre 2 Environnement socioéconomique

La plupart des sources extérieures (autres que l'ENSP) citées dans le rapport principal provenaient de Statistique Canada. Des articles de revues ou des rapports d'instituts de recherche ont été cités à l'occasion. Le rapport a traité des tendances du revenu pour divers types de familles, des personnes vivant sous le SFR, des inégalités de revenu, de l'emploi, de la participation à la population active, des professions, de la conciliation travail-famille, du travail non rémunéré, des soins aux enfants et aux personnes âgées, de l'alphabétisme, du niveau de scolarité, des accidents de travail, de la violence familiale (à l'égard des femmes et des enfants), des femmes accueillies dans des refuges, des crimes violents commis à l'extérieur du foyer et du bénévolat. On a analysé quelque peu les différences selon l'âge pour divers indicateurs sociaux (le revenu, l'emploi et le niveau de scolarité) chez les Autochtones.

À l'instar du rapport principal, le Rapport statistique a cité essentiellement des sources de Statistique Canada. Il a brossé un tableau de la population canadienne (p. ex. état matrimonial, composition de la famille, taux de fertilité et taux des naissances). Il a abordé en outre quelques-unes des questions traitées dans le rapport principal, soit l'alphabétisme, le revenu familial et le faible revenu en particulier, les travaux ménagers non rémunérés, les agressions physiques et sexuelles à l'intérieur et à l'extérieur du foyer et les femmes accueillies dans des refuges.

Le Rapport statistique a parfois présenté des données sur des sujets qui n'avaient pas été abordés dans le rapport principal. Ainsi, dans le chapitre sur le niveau de scolarité, le rapport principal a mis l'accent sur les différences selon le sexe dans les abandons scolaires et les études universitaires. Le rapport statistique a présenté pour sa part d'autres données sur la maturité scolaire des enfants. Le principal trait qui distinguait le rapport principal et le rapport statistique tenait à ce que le dernier renfermait des données plus détaillées selon l'âge et selon la province ou le territoire.

Là encore, la plupart des sources extérieures présentaient des statistiques ventilées selon le sexe. Cette situation n'est pas étonnante, car Statistique Canada était la source la plus souvent citée. Les auteurs de *Pour un avenir en santé* ont cependant abordé brièvement les raisons de l'insécurité professionnelle (responsabilités à l'égard de la garde des enfants) et de l'insatisfaction professionnelle (manque de contrôle sur le travail) lorsqu'ils se sont penchés sur certains articles ou rapports de recherche approfondis (Lee, Duxbury et Higgins, 1994; Messing, 1994) et ils ont relié ces phénomènes à une surcharge de rôles liée à la conciliation travail-famille. Mais aucune de ces questions n'a été analysée en profondeur. Des

renseignements supplémentaires auraient pu permettre une certaine analyse en fonction du sexe dans d'autres domaines. Ainsi, la section portant sur l'environnement social et la santé traite de la violence. On ne s'est pas penché sur les rapports de force dans les relations (qui jouent le plus souvent en faveur des hommes), alors que l'on a abordé d'autres facteurs contributifs comme le fait d'avoir été témoin de violence pendant l'enfance. Des documents mis au point par les Centres de recherche sur la violence familiale et la violence envers les femmes, financés par Santé Canada, auraient été utiles dans ce cas.

Chapitre 3 Sain développement de l'enfant

Cette section a fait surtout état d'articles de recherche et de rapports de synthèse (certains de ces derniers émanaient d'organisations non gouvernementales ou étaient des rapports spéciaux de Santé Canada, par exemple ceux du Forum national sur la santé). Trois références seulement provenaient de Statistique Canada. Voici les principaux sujets qui ont été abordés dans ces sources, qui ont été traités dans le rapport principal et pour lesquels on a fait état de différences selon le sexe ou de questions particulières aux femmes : le lien entre le niveau de scolarité de la mère et le tabagisme pendant la grossesse et le faible poids à la naissance, la grossesse chez les adolescentes, la maturité scolaire, les blessures, le bien-être psychologique, la compétence affective et comportementale (et le lien avec le niveau de scolarité de la mère, la sécurité du quartier et le revenu familial), la pauvreté chez les enfants, la violence (familiale, en particulier) et la violence verbale.

Le rapport statistique a présenté d'autres données sur le faible poids à la naissance (différences selon le sexe en ce qui concerne les bébés ayant un faible poids à la naissance, l'âge des mères et le poids à la naissance) et sur les tendances des grossesses chez les adolescentes, des mortinaissances et des avortements. Tout comme dans les autres chapitres, le rapport statistique a fourni des données ventilées selon l'âge et la province (issues en majorité de Statistique Canada).

Les raisons des différences selon le sexe ont été un peu plus analysées dans ce chapitre que dans la plupart des autres, car il fait référence à un plus grand nombre de rapports de recherche approfondis. On a mentionné, par exemple, la tendance à prendre des risques et la socialisation des garçons en ce qui concerne les taux de blessures. Le rapport a également souligné la difficulté pour les femmes en particulier de concilier travail et famille et la nécessité des services de garde.

Il y a cependant d'autres secteurs où des renseignements supplémentaires auraient permis de mieux comprendre les questions abordées. Ainsi, Santé Canada a publié, dans le cadre de la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT), de nombreux rapports sur les femmes et le tabagisme (y compris le tabagisme prénatal et postnatal). Bon nombre de ces rapports étaient axés sur la problématique des femmes. L'analyse du tabagisme qui est faite dans le rapport *Pour un avenir en santé* ne va pas au-delà des facteurs démographiques (p. ex. relation entre le tabagisme et le niveau de scolarité de la mère). Tout comme dans le chapitre précédent, on a analysé la violence sans faire état des inégalités économiques et sociales entre les femmes et les hommes.

Chapitre 4 Environnement physique

La majorité des sources extérieures (autres que l'ENSP) citées dans le rapport principal provenaient de Statistique Canada. On a cité à l'occasion des articles de journal ou des rapports d'instituts de recherche ou d'organismes indépendants financés par le gouvernement. On a étudié l'exposition au soleil, le cancer de la peau, la fumée de tabac ambiante (notamment en milieu de travail), le transport au travail, les possibilités de logement abordable, l'itinérance (notamment les attitudes envers les sans-abri et l'itinérance chez les Autochtones) et l'achat de produits non polluants.

Le rapport statistique a fourni quelques autres références en ce qui concerne le tabagisme à la maison et le tabagisme chez les femmes enceintes, l'achat d'aliments organiques et de produits non polluants et la purification de l'eau potable domestique. Il a fourni aussi d'autres données sur les différences selon la province et, dans certains cas, selon l'âge et le niveau de scolarité. Le rapport principal a présenté des données sur le tabagisme à la maison, mais non sur les différences selon le sexe liées au fait de fumer soi-même ou d'être exposé aux dangers de la fumée ambiante. Les sources de données pour le rapport statistique étaient variées et comprenaient Statistique Canada, une entreprise de sondage et des articles de recherche.

On n'a pas fait énormément d'analyse en fonction du sexe qui aille au-delà de la présentation de données ventilées selon le sexe. L'analyse des liens entre l'itinérance et la violence contre les femmes fait exception à cette règle. Le travail du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu aurait pu apporter un éclairage utile à cette section de *Pour un avenir en santé*.

Chapitre 5 Habitudes de santé personnelles

Les sources de données extérieures qui faisaient état des différences selon le sexe étaient peu nombreuses, car l'ENSP accorde beaucoup d'attention aux habitudes de santé personnelles et présente des données ventilées selon le sexe. Les autres sources de données – Santé Canada, province de la Nouvelle-Écosse et organismes de recherche – qui ont été citées ont présenté des données sur les différences selon le sexe en ce qui concerne le tabagisme dans deux provinces (prévalence), le sida attribuable à l'utilisation de drogues injectables, les comportements sexuels à risque et les tests de dépistage du VIH, l'âge du début du tabagisme et les conséquences de l'abandon du tabac. Le rapport statistique n'a pas présenté beaucoup de données extérieures sur les différences selon le sexe, sauf en ce qui concerne l'utilisation de drogues illicites et le fait de se rendre au travail à bicyclette ou à pied (Santé Canada et Statistique Canada).

Les questions susmentionnées n'ont pas fait l'objet d'une analyse en fonction du sexe qui aille au-delà de la première étape, soit celle de la présentation de données ventilées selon le sexe. Dans le cas du tabagisme en particulier, de nombreux documents produits par le Programme de lutte contre le tabagisme chez les femmes dans le cadre de la SRDT (mis au point, pour la plupart, entre 1995 et 1997) pourraient s'avérer utiles à une telle analyse.

Chapitre 6 Services de santé

Le chapitre du rapport principal portant sur les services de santé n'a présenté aucune donnée sur les différences selon le sexe ou sur des questions particulières aux femmes provenant de sources extérieures, mais il a effectivement présenté certaines différences selon le sexe tirées de l'ENSP et il a établi que les femmes sont plus susceptibles d'être des consommatrices de soins de santé et des soignants naturels. Le rapport statistique a analysé des recommandations sur le dépistage du cancer du col utérin et du cancer du sein, les consultations de médecins, le dépistage du VIH et l'utilisation du condom. Les données provenaient de Santé Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé (organisme de recherche indépendant financé par Santé Canada) et d'articles de recherche. Une section distincte du rapport statistique portant sur les ressources personnelles et les capacités d'adaptation a traité des soins à domicile et de la prestation de soins. On y a notamment défini les bénéficiaires de soins, proposé des mesures incitatives pour les soignants naturels, évalué les effets de la prestation de soins sur d'autres secteurs de la vie et cerné les attitudes envers la prestation de soins. Les sources étaient Statistique Canada et Santé Canada (y compris des articles de recherche tirés de revues publiées par ces ministères).

Le rapport statistique contenait effectivement plus d'analyses des soins informels que le rapport principal. Le document a fait état notamment de recherches indiquant que la prestation de soins influe sur certains secteurs de la vie des soignants (en particulier les femmes), mais que les femmes et les hommes y voient des aspects positifs (renforcer les liens, redonner ce que l'on a reçu). On ne sait pas exactement pourquoi ces questions n'ont pas été explorées plus en profondeur dans le rapport principal. Tous les centres d'excellence pour la santé des femmes et Condition féminine Canada ont en outre fait de nombreux travaux sur les soins informels, les soins à domicile et/ou le soutien social. Les données émanant de ces sources auraient pu étoffer davantage cette section.

Chapitre 7 Biologie et patrimoine génétique

Les sources extérieures citées dans ce chapitre ont traité non seulement des différences selon le sexe, mais aussi des enjeux de la reproduction pour les femmes. Il s'agissait en majeure partie d'articles de revues ou de rapports approfondis, accompagnés de quelques rapports de Santé Canada. On a abordé entre autres les malformations congénitales (y compris celles qui sont liées à l'alcool), l'éthique des nouvelles techniques de reproduction, la vulnérabilité des jeunes femmes aux maladies transmises sexuellement, les soins informels et le soutien social, l'isolement social (y compris celui des groupes culturels), les motifs des admissions à l'hôpital, l'utilisation des soins à domicile subventionnés par le gouvernement et l'endurance (notamment analyse des soins prénatals, de la dépression chez la mère et du soutien aux familles aux prises avec des problèmes comme la pauvreté et la violence). Aucun rapport statistique ne correspondait à ce chapitre.

On a fait plus d'analyse en fonction du sexe dans ce chapitre que dans les autres, et on a utilisé des sources de données extérieures dans certains cas. Ainsi, on a exposé le contexte social de la consommation d'alcool pendant la grossesse (pauvreté, malnutrition, dépression, violence, difficulté d'accès aux soins prénatals et habitudes de consommation d'alcool de la famille et des amis) au cours de l'analyse du syndrome d'alcoolisme fœtal et des malformations congénitales.

Dans la section portant sur les nouvelles techniques de reproduction et de génétique, on a souligné que la situation financière des femmes les rendait plus vulnérables à l'égard de la commercialisation des nouvelles techniques et que les ressources risquaient d'aller du côté de ces technologies au détriment de la prévention des MTS. On a également reconnu clairement que les femmes sont plus susceptibles de donner des soins informels et qu'il faut tenir compte de questions sociales plus vastes comme la pauvreté et la violence dans la problématique du soutien aux parents.

Chapitre 8 Amélioration de la santé

Il s'agit du dernier chapitre du rapport. Peu de sources extérieures se sont penchées sur les différences selon le sexe ou sur des questions particulières aux femmes. Rien d'étonnant à cela puisque ce chapitre mettait l'accent sur les répercussions des chapitres précédents. On a fait un peu plus d'analyse en fonction du sexe dans ce chapitre, mais elle manquait de cohérence. Ainsi, lorsqu'on a analysé les services aux femmes enceintes, on a reconnu qu'il fallait tenir compte du soutien social, de la capacité de se nourrir et de la pauvreté et recueillir des données à ce sujet. On a cependant moins insisté sur la nécessité de s'attaquer à ces problèmes dans le cas des femmes qui ne sont pas enceintes, ce qui pourrait indiquer que la valeur des femmes tient davantage à leur rôle de productrices d'enfants en bonne santé qu'à leur nature même. On a également souligné qu'il fallait prendre en considération certains facteurs comme les services de garde, la sécurité du quartier et les politiques fiscales en plus de favoriser le développement d'une approche parentale constructive si l'on veut aider les parents à la fois à travailler et à consacrer du temps à leurs enfants. On a situé la grossesse chez les adolescentes dans un contexte plus large, c'est-à-dire par rapport au niveau de scolarité et à l'emploi. On a traité de l'équité salariale au cours de l'analyse de l'emploi des femmes.

3.2 Sources de données non citées dans le rapport *Pour un avenir en santé*

Les auteurs du rapport *Pour un avenir en santé* n'ont pas tenu compte de deux sources de données importantes sur la santé des femmes canadiennes, c'est-à-dire :

1. *Stratégie pour la santé des femmes* de Santé Canada
2. *Portrait statistique des femmes au Canada*, 1995

L'inclusion de ces documents aurait pu apporter la contribution suivante au rapport *Pour un avenir en santé* :

Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada

La Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada décrit la façon dont le système de santé, à divers égards, n'a pas répondu convenablement aux besoins et aux préoccupations des femmes. En outre, elle met en lumière quelques-uns des problèmes qui sont à l'origine des décès chez les femmes ainsi que des maladies et des difficultés qui les touchent, et elle traite de la qualité de vie et des facteurs sociaux et économiques qui ont une incidence sur la santé des femmes. Enfin, elle délimite un large éventail de secteurs où le Ministère peut intervenir face à ces questions. (page 2)

La *Stratégie* mentionne que Santé Canada « s'engagera, au moyen d'une analyse comparative entre les sexes, à élaborer ses programmes et ses politiques en tenant compte des différences entre les hommes et les femmes » (page 2). Le document présente clairement le sexe comme un déterminant de la santé, distinct des autres déterminants de la santé mais en interaction avec eux.

Il reconnaît aussi la culture comme un déterminant et souligne l'importance de la diversité.

Le document traite en majeure partie des politiques et des programmes. Certains éléments ont cependant des répercussions sur la recherche menée à l'échelle de la population, par exemple l'ENSP et les documents qui en découlent, comme *Pour un avenir en santé*. Le deuxième objectif, « accroître la connaissance et la compréhension de la santé des femmes et des besoins des femmes en matière de santé », est particulièrement pertinent.

La *Stratégie* traite de certaines situations sociales et économiques qui influent sur l'état de santé et le comportement des femmes. Certaines de ces questions, notamment la conciliation travail-famille et la prestation de soins informels non rémunérés, ont aussi été abordées dans le rapport *Pour un avenir en santé*. La *Stratégie* donne d'autres exemples de l'influence des rôles dévolus à chacun des sexes sur la contraception et la protection contre les MTS (les femmes sont considérées comme responsables de la prévention de la grossesse, mais elles peuvent parallèlement avoir du mal à négocier des pratiques sexuelles sans risque avec leur partenaire de sexe masculin). Certains de ces exemples de mise en contexte et un traitement plus approfondi de l'inégalité entre les sexes auraient pu étoffer davantage l'analyse des différences selon le sexe menée dans *Pour un avenir en santé* en intensifiant l'analyse en fonction du sexe.

La *Stratégie* fournit également des données statistiques que l'on ne retrouve pas souvent ailleurs (p. ex. le nombre de décès par cancer chez les 20-44 ans est plus élevé chez les femmes). Des conclusions de ce genre auraient pu trouver leur place dans le rapport statistique accompagnant *Pour un avenir en santé*.

La *Stratégie* a été publiée en mars 1999, soit environ six mois avant la publication de *Pour un avenir en santé*. Elle n'est cependant mentionnée dans aucune des analyses des différences selon le sexe ou des questions de santé particulières aux femmes abordées dans le rapport *Pour un avenir en santé*. Elle cite le premier *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, publié en 1996, mais le CCSP n'y fait aucune allusion dans le rapport *Pour un avenir en santé*.

Portrait statistique des femmes au Canada, 1995

Le document *Portrait statistique des femmes au Canada* renferme une foule de données précieuses sur les différences entre les sexes et des statistiques propres aux femmes. Il s'appuie surtout sur des données de Statistique Canada et inclut aussi des données provenant de certains autres ministères gouvernementaux (notamment Santé Canada et Condition féminine Canada).

Nous ne nous attendrions pas à ce que le rapport *Pour un avenir en santé* reproduise toute l'information contenue dans le document *Portrait statistique des femmes au Canada*. Il aurait cependant été utile d'indiquer au lecteur qu'il pourrait trouver de l'information supplémentaire

dans ce document. Ainsi, *Pour un avenir en santé* fournit des données sur les diplômés d'études secondaires et d'études universitaires et sur le lien entre le niveau de scolarité et la rémunération dans le chapitre « Environnement socioéconomique ». *Portrait statistique des femmes au Canada* va plus loin dans sa section sur le niveau de scolarité, établissant une distinction entre les études de 1^{er} cycle et les études de 2^e cycle. Ce rapport mentionne que les femmes se retrouvent plus généralement dans les programmes d'études de 1^{er} cycle mais moins généralement dans les programmes d'études de 2^e cycle (en particulier les programmes de doctorat). Il souligne aussi qu'à niveau de scolarité égal, la rémunération des femmes est inférieure à celle des hommes. La section sur le crime et la violence fournit aussi des données plus détaillées sur la violence conjugale, p. ex. les types de violence, le nombre d'agressions, le risque d'agression au moment de la séparation. La section sur les handicaps donne de l'information sur des aspects du transport non abordés dans *Pour un avenir en santé* et fournit des données plus approfondies sur le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi et les conditions de logement.

La section sur la santé aborde bon nombre des sujets de *Pour un avenir en santé* et/ou du document statistique qui l'accompagne, mais elle présente d'autres statistiques sur certains d'entre eux. Ainsi, on y établit une distinction entre les personnes qui fument chaque jour, celles qui fument à titre d'expérience et celles qui n'ont jamais fumé; on y présente des statistiques plus approfondies sur les tendances du cancer du poumon et du cancer du sein et on y analyse la consommation de drogues licites, y compris les médicaments de prescription, et de drogues illicites. La section renferme aussi de nombreux tableaux présentant des données ventilées selon l'âge et le sexe sur divers troubles et comportements en matière de santé.

Portrait statistique des femmes au Canada fournit des données plus approfondies sur certains autres secteurs dont la situation familiale, le logement, la participation à la population active et l'emploi, le revenu et la rémunération, le crime et la violence, les femmes immigrantes, les femmes des minorités visibles et les femmes autochtones. Ces trois dernières sections présentent surtout des données démographiques (p. ex. situation familiale) et des indicateurs sociaux liés au niveau de scolarité, à la profession et au revenu. Les données sur l'état de santé de ces groupes étaient peu nombreuses. Certaines des données présentées figuraient aussi dans *Pour un avenir en santé* (p. ex. espérance de vie des Autochtones), mais le rapport *Portrait statistique des femmes au Canada* présentait d'autres données sur les taux de fertilité et de natalité.

Portrait statistique des femmes au Canada est essentiellement conçu comme un rapport statistique. Il présente donc des différences et des tendances assorties de très peu de texte. Comme il ne renferme pas d'autre analyse en fonction du sexe qui aurait été pu être utile aux auteurs de *Pour un avenir en santé*, il aurait surtout permis de fournir quelques ventilations statistiques supplémentaires et des renseignements aux personnes particulièrement intéressées à la santé des femmes et à ses déterminants.

Statistique Canada a publié une version révisée et mise à jour de *Portrait statistique des femmes au Canada* en juin 2000, après la publication de *Pour un avenir en santé*. Les données de ce rapport seraient utiles pour la mise au point d'indicateurs de la santé de la population pertinents pour la santé des femmes.

4. **Conclusions – Points forts et lacunes de l’analyse en fonction du sexe de *Pour un avenir en santé* et propositions pour l’avenir**

***Pour un avenir en santé* marque un pas important dans la prise en compte de la santé des femmes en général, et des différences entre les sexes en particulier, dans la littérature sur la santé de la population canadienne. Il renferme beaucoup plus d’information sur la santé et les besoins des femmes que le premier *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*.**

Il y a toutefois de nombreux moyens qui permettraient de renforcer l’analyse en fonction du sexe. Nous recommandons que l’on prenne en considération les aspects suivants dans la mise au point des rapports ultérieurs sur la santé de la population canadienne.

1. **Inclure le sexe parmi les déterminants de la santé.** L’inclusion de ce facteur parmi les déterminants de la santé permettrait de faire une analyse plus cohérente des questions connexes dans les rapports ultérieurs sur la santé de la population canadienne. Certains chapitres de *Pour un avenir en santé* font une analyse sérieuse de la question (en particulier le chapitre sur la biologie et le patrimoine génétique). D’autres chapitres présentent des données ventilées selon le sexe mais font peu d’analyse en fonction du sexe (p. ex. les chapitres sur l’environnement social et les habitudes de santé personnelles). Dans d’autres chapitres encore, il faudrait présenter plus de données ventilées selon le sexe et en analyser la signification (p. ex. le chapitre sur l’environnement socioéconomique).
2. **Inclure la culture parmi les déterminants de la santé et présenter des données reconnaissant la diversité des femmes.** Il s’agirait notamment des femmes autochtones, des femmes des minorités ethniques et visibles, des femmes handicapées, des femmes âgées et jeunes, des femmes lesbiennes, des femmes des régions rurales et éloignées, des nouvelles immigrantes et des réfugiées. Il n’est pas toujours possible d’obtenir des données sur tous ces groupes, mais il faudrait présenter puis analyser les données disponibles. La compréhension de la discrimination systémique (et du racisme, dans le cas des femmes autochtones et des femmes des minorités visibles) à laquelle font face ces groupes de femmes devrait être un préalable à ces analyses.
3. **Inclure une analyse de la discrimination selon le sexe et de ses nombreuses répercussions sur les femmes et les hommes, les garçons et les filles et la santé de la société canadienne dans son ensemble.** Le rapport présente certes des données, mais il doit passer aux étapes suivantes, soit se demander « pourquoi cela se produit-il? » et « quel effet cela a-t-il sur la santé? » et répondre à ces questions.
4. **Recourir aux données déjà recueillies pour mettre en application les recommandations 2 et 3 énoncées ci-dessus.** Il y a, tant au Canada qu’à l’échelle internationale, un corpus de plus en plus important de publications sur l’état de santé, les besoins en santé et l’utilisation par les femmes du système de santé et des modèles de prestation de services qui donnent une idée plus juste des besoins en santé des femmes. Les publications des cinq centres d’excellence pour la santé des femmes, financés par le gouvernement fédéral, constituent un bon point de départ. Celles du Bureau pour la santé des femmes, notamment la *Stratégie pour*

la santé des femmes, pourraient guider les recherches ultérieures sur la santé de la population canadienne. D'autres recherches importantes pourraient également guider des travaux ultérieurs : les publications de recherche de Condition féminine Canada, dont aucune n'a été citée dans *Pour un avenir en santé, Portrait statistique des femmes* (2000) de Statistique Canada, le rapport du Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes de Santé Canada (1999) et les analyses en fonction du sexe de données tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population faites par Vivienne Walters et Peggy McDonough, de l'Université McMaster.

- 5. Les rapports ultérieurs seraient plus marquants s'ils contenaient davantage d'analyse en fonction du sexe des politiques et des programmes de santé.** Les Centres d'excellence ont tenté de sensibiliser les décideurs à cette question. Ainsi, le Centre des Prairies a effectué, en 1998-1999, une analyse en fonction du sexe des documents de planification publiés par les autorités et les districts sanitaires du Manitoba et de la Saskatchewan (*Invisible Women*, cité plus haut). Une deuxième phase, qui vise à aider les régions/districts sanitaires à intégrer plus systématiquement l'analyse en fonction du sexe à leurs politiques, est en cours. Le cadre utilisé est en voie d'être adopté par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de Montréal, financé par Condition féminine Canada. La Vancouver-Richmond Health Board, de la Colombie-Britannique, a élaboré un modèle de services de santé adaptés aux besoins de chaque sexe.

VI. Analyse de documents de l'Institut canadien d'information sur la santé

Chacun des trois documents est analysé séparément ci-dessous. Le cadre révisé de *Invisible Women* n'est présenté que dans l'analyse du premier document, soit la *Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population*. Viennent ensuite les analyses de *Initiative du Carnet de route...Lancer le processus* et *Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel*. Le contenu de ces deux documents ne se prêtait pas à l'utilisation du cadre.

Les conclusions tirées de l'analyse des trois documents sont présentées ensemble.

L'ICIS se définit ainsi :

Notre mandat est de développer et de maintenir un système complet d'information sur la santé à l'échelle nationale—un système qui fournit la bonne information aux bonnes personnes, au bon moment. L'Institut fournit l'information statistique pouvant être utilisée pour formuler nos politiques en santé publique et aider les professionnels des soins de santé et les gestionnaires à prendre des décisions avisées⁸.

Comme l'ICIS envisage de « [fournir] l'information statistique pouvant être utilisée » pour améliorer le système de santé et la santé de la population canadienne et aider les leaders du secteur de la santé à prendre des décisions éclairées, il est important de voir l'interprétation que l'on fait des différences entre les sexes dans ses documents.

1. Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population

L'objet du rapport est énoncé en ces termes :

Le but du projet est d'identifier quelles mesures devraient être utilisées pour faire rapport sur la santé de la population canadienne et le système de santé puis de compiler l'information et la diffuser largement. Ces indicateurs sont principalement conçus pour aider les autorités sanitaires régionales à suivre les progrès effectués en ce qui concerne l'amélioration et le maintien de la santé de la population et le fonctionnement du système de santé dont elles ont la charge. (page i)

La « Conférence consensuelle nationale » a été organisée conjointement, en mai 1999, par l'ICIS, en collaboration avec le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et les services de santé (groupe qui a produit *Pour un avenir en santé*) et Statistique Canada.

⁸ Institut canadien d'information sur la santé, *Ce que nous faisons*, disponible à l'adresse <http://www.cihi.ca/french/fwedo/dof.shtml>.

1.1 Application du cadre révisé du rapport *Invisible Women* au rapport de la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population.

A. Reconnaissance des liens entre le sexe et chacun des autres déterminants de la santé
(p. ex. données ventilées selon le sexe et analyse de la manière dont elles jouent différemment chez les hommes et les femmes)

Déterminants	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Revenu et statut social				✓
Réseau de soutien social				✓
Niveau de scolarité				✓
Emploi et conditions de travail				✓
Environnement social				✓
Environnement physique				✓
Biologie et patrimoine génétique				✓
Habitudes de santé personnelles et capacité d'adaptation personnelles				✓
Sain développement de l'enfant				✓
Services de santé		✓		
Culture				✓

- « Aucune » aucune mention du lien entre le sexe et le déterminant en question ou absence de données ventilées selon le sexe
- « Un peu » une ou deux mentions du lien entre le sexe et le déterminant en question ou présence de données ventilées selon le sexe
- « Un certain nombre » plus de deux mentions du lien entre le sexe et le déterminant en question ou présence de données ventilées selon le sexe
- « Beaucoup » plus de deux mentions du lien entre le sexe et le déterminant en question ou présence de plus de deux cas de données ventilées selon le sexe et d'au moins une analyse de la question en fonction du sexe

Analyse

Il importe de noter que l'ICIS n'a pas considéré le sexe comme un déterminant de la santé dans ce document. La liste incluait les déterminants de la santé d'ordre non médical suivants : comportements en matière de santé, conditions de vie et de travail, ressources personnelles et facteurs environnementaux. **Le document n'a pas tenu compte de la culture non plus.**

B. Reconnaissance des obstacles aux comportements sains ou à l'accès aux services

Obstacles	Oui	Non
Manque de services de garde pour les enfants		✓
Manque de services locaux		✓
Manque de moyens de transport		✓
Manque de flexibilité dans les services (y compris les services sociaux et de santé, les activités de loisir, etc.)		✓
Coût des services		✓
Problèmes de sécurité (p. ex. risque de violence)		✓
Langue		✓
Dispensateur de soins ou services désiré non disponible (p. ex. sage-femme, programme de lutte contre le tabagisme)		✓

Analyse

Le cadre des indicateurs de santé utilisé dans le rapport de la *Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population* (page 3) inclut l'« accessibilité » parmi les mesures du rendement du système de santé. On la définit ainsi : « La capacité des clients et des patients à obtenir des soins ou des services à l'endroit et au moment voulus, en fonction des besoins respectifs » (page 4). Cette vaste définition pourrait englober l'ensemble des obstacles susmentionnés, mais la liste détaillée des mesures proposées de l'accessibilité au système de santé n'en inclut aucun. Les mesures mentionnées par l'ICIS sont les suivantes : immunisation contre la grippe chez les personnes âgées (données non ventilées selon le sexe), mammographie de dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans, tests de Pap chez les femmes de 18 à 69 ans et

immunisation des enfants. **Cette définition limitée de l'accessibilité aux services de santé ne permettra pas de mesurer, d'analyser ou de réduire les principaux obstacles auxquels les femmes font face lorsqu'elles tentent d'avoir accès aux soins de santé.**

C. Ventilation des données selon le sexe

Type de données	Beaucoup	Un peu	Aucune
Morbidité	✓		
Mortalité	✓		
Utilisation des services	✓		

« Aucune »

« Un peu »

« Beaucoup »

pas de données ventilées selon le sexe

un ou deux cas de données ventilées selon le sexe

plus de deux cas de données ventilées selon le sexe

Analyse

Ce document présente 76 indicateurs qui s'appliqueraient à la fois aux hommes et aux femmes. On propose de présenter des données selon le sexe pour 13 d'entre eux seulement (pages B-1 à B-15) : espérance de vie, décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire, décès dus au cancer, décès dus aux maladies de l'appareil respiratoire, suicides, décès dus à des blessures accidentelles, décès dus au sida, années potentielles de vie perdues, hospitalisations liées à la pneumonie et à la grippe, conditions propices aux soins ambulatoires, fractures de la hanche, chiffres de population et jours d'hospitalisation par habitant.

Le tableau ci-dessous présente tous les indicateurs de la santé proposés, classés selon que l'ICIS envisage ou non de présenter des données ventilées selon le sexe. Certains indicateurs ne sont proposés que pour les femmes. Ce sont les suivants : allaitement, mammographie de dépistage, test de Pap, accouchement par voie vaginale après une césarienne, chirurgie conservatrice du sein, césarienne, grossesses chez les adolescentes/accouchements chez les adolescentes et taux d'hystérectomie. Aucun indicateur réservé aux hommes n'a été proposé.

Indicateurs de la santé de la population proposés par l'ICIS

Indicateurs	Données ventilées selon le sexe ou propres aux femmes*	Données non ventilées selon le sexe
1.0 État de santé		
1.1 Mortalité	espérance de vie, décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire, décès dus au cancer, décès dus aux maladies de l'appareil respiratoire, suicide, décès dus à des blessures accidentelles, décès dus au sida, années potentielles de vie perdues	mortalité infantile, mortalité périnatale, inégalités dans l'espérance de vie (différences entre l'état de santé moyen du tiers supérieur et du tiers inférieur de la population)
1.2 Problèmes de santé		surpoids, arthrite, diabète, asthme, douleur chronique, dépression, hospitalisations à la suite d'une dépression et d'une blessure, maladies d'origine alimentaire et hydrique
1.3 Limitation de l'activité		santé fonctionnelle, jours – incapacité, limitations de l'activité et espérance de santé
1.4 Bien-être		auto-évaluation de la santé, estime de soi, maîtrise
2.0 Déterminants non médicaux de la santé		
2.1 Comportements sanitaires	allaitement	usage du tabac, début de l'usage du tabac, consommation abusive et régulière d'alcool, activité physique
2.2 Conditions de vie et de travail		obtention d'un diplôme d'études secondaires, obtention d'un diplôme d'études postsecondaires, taux de chômage, chômage de longue durée, chômage chez les jeunes, taux de faible revenu, enfants dans

Indicateurs	Données ventilées selon le sexe ou propres aux femmes*	Données non ventilées selon le sexe
		les familles à faible revenu, inégalité de revenu, possibilités de logement abordable, taux de criminalité, taux de criminalité chez les jeunes, latitude de décider au travail
2.3 Ressources personnelles		maturité scolaire, soutien social, stress
2.4 Facteurs environnementaux		
Les indicateurs visant à mesurer ces facteurs sont en cours d'élaboration.		
3.0 Rendement du système de santé		
3.1 Acceptabilité		
Aucun indicateur inscrit		
3.2 Accessibilité	mammographie de dépistage, test de Pap	vaccination des enfants
3.3 Caractère approprié	accouchement par voie vaginale après une césarienne, chirurgie conservatrice du sein, césarienne	
3.4 Compétence		
Aucun indicateur inscrit		
3.5 Continuité		
Aucun indicateur inscrit		
3.6 Efficacité	Hospitalisations liées à la pneumonie et à la grippe, conditions propices aux soins ambulatoires	abandon du tabac, faible poids à la naissance, coqueluche, rougeole, tuberculose, infection à VIH, infection à <i>Chlamydia</i> , décès liés à des maladies pouvant être traitées médicalement
3.7 Efficience		taux de chirurgies d'un jour, cas ne requérant pas

Indicateurs	Données ventilées selon le sexe ou propres aux femmes*	Données non ventilées selon le sexe
		nécessairement une hospitalisation, % de jours de soins en attente d'autres types de soins, durée prévue du séjour par rapport à la durée réelle
3.8 Sécurité	fractures de la hanche	
4.0 Caractéristiques de la collectivité et du système de santé	chiffres de population, grossesses chez les adolescentes/accouchements chez les adolescentes, jours d'hospitalisation par habitant, taux d'hystérectomie	dépenses par habitant, médecins et infirmiers (ères) par habitant, taux de pontages aortocoronariens, arthroplastie de la hanche et du genou, myringotomie (insertion d'un tube dans l'oreille)

* Aucun indicateur proposé s'appliquait uniquement aux hommes.

Analyse

Un certain nombre de questions se posent dans ce contexte :

1. **Bon nombre de déterminants de la santé des femmes ne figurent pas dans la liste** (voir n° 4 - Analyse des questions de santé touchant les femmes, ci-dessous). Tout en reconnaissant que cette liste d'indicateurs ne peut être exhaustive, nous rappelons **qu'un ensemble utile d'indicateurs ont été recommandés dans le Rapport de 1999 du Comité consultatif de Santé Canada sur la surveillance de la santé des femmes**⁹.

Selon l'ICIS, « quatre-vingt-un experts provenant des régions (23 % des participants), d'associations nationales (15 %), du milieu universitaire ou de la recherche (16 %) et d'autres groupes, y compris les consommateurs (12 %) » (page 2) ont pris part à la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population. Il importe de noter qu'aucun des membres du Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes (qui se réunissait pour ses travaux au moment de la tenue de la Conférence) n'a été invité par l'ICIS à assister à la Conférence.

2. **Lorsque l'ICIS envisage de recueillir des données non ventilées selon le sexe, il s'agit bien souvent de données qui sont déjà recueillies et présentées systématiquement de façon distincte pour les femmes et les hommes** (p. ex. les taux d'infection à VIH, les taux de faible revenu, le chômage). Comme toutes les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population sont recueillies séparément pour chaque sexe, les données que l'ICIS envisage de recueillir sur le surpoids, l'arthrite, le diabète, l'asthme, la douleur chronique et la dépression pourraient être ventilées en vue de leur intégration à ces indicateurs.
3. Dans tous les cas où l'ICIS envisage de produire des données ventilées selon le sexe, on ne sait pas vraiment s'il présentera ou analysera les différences entre les femmes et les hommes. On dit plutôt que les données seront « normalisées selon l'âge/le sexe ». **C'est donc dire que les différences entre les femmes et les hommes, entre les garçons et les filles, ne seront pas analysées, mais corrigées en fonction des variations sexuelles. C'est une approche qui ne permettra pas de mettre au point des indicateurs de la santé complets.**
4. L'inclusion de données sur les accouchements chez les adolescentes perpétue le sexisme en présentant uniquement des données sur les mères adolescentes. Les pères de ces enfants sont totalement absents.
5. L'absence prévue de données ventilées selon le sexe à l'intérieur de ces indicateurs témoigne probablement d'une définition étroite de la « santé des femmes ». Ainsi, l'ICIS envisage de présenter des données distinctes sur les taux de grossesse et d'accouchement chez les adolescentes, les taux d'hystérectomie, les césariennes, les accouchements par voie vaginale après une césarienne, les tests de Pap, la mammographie de dépistage et la chirurgie conservatrice du sein à la suite d'un cancer du sein. Il n'a pas décidé de ventiler les données

⁹ Santé Canada, *La surveillance de la santé des femmes : un plan d'action pour Santé Canada*, 1999, pages 7 à 9, disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/whs-ssf/index_f.html.

selon le sexe dans le cas des questions non médicales qui ont des effets importants sur la santé des femmes.

D. Analyse des questions de santé touchant les femmes

Questions de santé touchant les femmes	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Troubles associés à l'appareil reproducteur et services connexes		✓		
Troubles touchant particulièrement les femmes (p. ex. cancer du sein, ostéoporose) et services connexes		✓		
Questions touchant la santé de la famille et des enfants (p. ex. questions parents-enfants)				✓
Besoins spécifiques aux femmes relativement aux maladies courantes chez les hommes et les femmes (p. ex. maladies du cœur)				✓
Besoins des femmes en matière de santé tout au long de la vie				✓
Questions spécifiques aux femmes concernant la promotion d'un mode de vie sain (p. ex. réduction du tabagisme, alimentation saine, activité physique)				✓
Approche holistique allant au-delà de la santé physique (entre autres, la santé mentale, affective et spirituelle)			✓	
Situations de vie des femmes (p. ex. violence, pauvreté, responsabilités parentales, logement, transport, discrimination)				✓

« Aucune » aucune mention
 « Un peu » une ou deux mentions
 « Un certain nombre » plus de deux mentions
 « Beaucoup » plus de deux mentions ou présence de deux mentions et d'au moins une analyse de la question en fonction du sexe

Analyse

La définition étroite de la « santé des femmes » dont il a été question plus haut se reflète aussi dans ce tableau. Les questions non médicales énumérées plus haut et considérées comme essentielles à la santé des femmes dans les publications traitant du sujet ne seront toutefois pas incluses dans ces indicateurs.

E. Diversité

1. Reconnaissance de la diversité

	Oui	Non
Reconnaissance de la diversité des femmes		✓
Exemples ou modes d'interaction entre la diversité et le sexe et d'autres déterminants de la santé		✓

2. Analyse de la diversité

Analyse des observations sur les femmes appartenant à l'un des groupes suivants :	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Femmes autochtones				✓
Femmes francophones				✓
Femmes issues de groupes culturels qui ne sont pas originaires de l'Amérique du Nord ni de l'Europe de l'Ouest				✓
Femmes de milieu rural				✓
Mères célibataires				✓
Adolescentes et jeunes femmes			✓	
Femmes âgées			✓	
Femmes ayant vécu une relation de violence				✓
Femmes handicapées				✓
Femmes à faible revenu				✓
Femmes ayant de faibles capacités de lecture et d'écriture				✓

« Aucune »	aucune mention
« Un peu »	une ou deux mentions
« Un certain nombre »	plus de deux mentions
« Beaucoup »	plus de deux mentions et au moins une analyse de la question en fonction du sexe

Nota : Ces catégories ont été choisies parce qu'elles correspondent aux données recueillies pour l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP).

Santé Canada a reconnu que la culture avait une incidence importante sur la santé des populations en la comptant parmi les déterminants de la santé. Cette reconnaissance ne se reflète toutefois pas dans les indicateurs nationaux de la santé de la populations proposés. Ces données sont certes plus difficiles à obtenir que les données ventilées selon le sexe, mais les indicateurs

proposés ne font aucunement mention ni de ces questions ni des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Il faut mettre ces données à la disposition des chercheurs et des décideurs afin qu'ils puissent mieux comprendre comment la culture influe sur la santé de concert avec d'autres déterminants, dont le sexe.

Comme certaines données qui seront incluses dans les indicateurs proposés seront normalisées selon l'âge et le sexe, il sera peut-être possible d'étudier expressément la situation des jeunes femmes et des femmes âgées si l'on établit aussi des taux par sexe et par âge.

F. Cible précise visée relativement aux besoins ou aux questions touchant les femmes

Cible	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Besoins ou questions touchant la santé physique des femmes				✓
Besoins ou questions touchant la santé mentale des femmes				✓
Besoins sociaux des femmes (p. ex. soutien social, questions financières)				✓

« Aucune »	aucune mention
« Un peu »	une ou deux mentions
« Un certain nombre »	plus de deux mentions
« Beaucoup »	plus de deux mentions et au moins une analyse de la question en fonction du sexe

Analyse

Il importe de noter que l'on n'a pas songé à inclure le sexe parmi les déterminants de la santé et, partant, à présenter des données permettant de sonder les besoins en santé des femmes et des hommes.

G. Questions liées au système de santé

Question	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Reconnaissance du fait que les femmes sont plus susceptibles d'être des soignants naturels que les hommes				✓
Reconnaissance du fait que les femmes jouent, en général, le rôle de gardiennes de la santé des membres de la famille (enfants, personnes âgées, hommes)				✓
Reconnaissance du fait que les femmes constituent la majorité des bénévoles offrant des services de santé communautaires				✓

« Aucune »	aucune mention
« Un peu »	une ou deux mentions
« Un certain nombre »	plus de deux mentions
« Beaucoup »	plus de deux mentions et au moins une analyse de la question en fonction du sexe

Analyse

Même si les indicateurs visent à mesurer à la fois le « rendement du système de santé » et les « caractéristiques de la collectivité et du système de santé », ils ne permettront pas de recueillir ou de présenter des données sur ces questions importantes pour la santé des femmes. Cette option ne va pas dans le sens de ce qui a déjà été fait dans le rapport *Pour un avenir en santé* et pourrait faire en sorte que les rapports ultérieurs soient moins sensibles aux différences entre les sexes.

H. Décisions et évaluations fondées sur des données probantes

Question	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Reconnaissance de la nécessité d'avoir des données pertinentes sur les hommes et les femmes pour les analyses et la prise de décisions				✓
Inclusion d'indicateurs spécifiques à la santé des femmes		✓		
Inclusion d'indicateurs spécifiques à l'égalité entre les sexes				✓

« Aucune »	aucune mention
« Un peu »	une ou deux mentions
« Un certain nombre »	plus de deux mentions
« Beaucoup »	plus de deux mentions et au moins une analyse de la question en fonction du sexe

Analyse

Loin de reconnaître la nécessité d'avoir des données pertinentes sur les hommes et les femmes pour les analyses et la prise de décisions, les concepteurs des indicateurs proposés envisagent plutôt de ne pas présenter les données ventilées selon le sexe qui existent déjà. Les indicateurs spécifiques à la santé des femmes qui seront inclus ne porteront que sur la santé génésique (p. ex. les taux de césariennes et de grossesses chez les adolescentes) et sur les affections touchant particulièrement les femmes (p. ex. le cancer du sein).

2. Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel

Ce rapport annuel

s'appuie sur une série d'indicateurs déterminés lors de la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population qui a eu lieu en mai 1999. [...] Dans ce rapport, on trouve en outre des résultats de recherches internationales, nationales, provinciales, territoriales, régionales et locales. (page ix)

L'ICIS mentionne que, pour ce rapport et les autres de la série qui le suivront :

On a retenu ces indicateurs à des fins de comparaison et pour tenir compte de l'information la plus récente. (page ix)

Le document nous donne donc l'occasion d'évaluer la place qu'occupe le sexe à titre de déterminant de la santé, et de la santé des femmes en particulier, dans les rapports fondés sur la *Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population*.

Le document ne fait jamais mention du sexe à titre de déterminant de la santé. **Le terme « sexe » ne figure nulle part dans le document.**

Le rapport englobe les allusions suivantes aux femmes :

- pourcentage de femmes médecins à la hausse (pages xi, 26 et 37);
- stress professionnel chez les infirmières (page 25);
- tests de Pap pour le dépistage des cancers du col utérin, notamment des données indiquant que les femmes ayant un revenu et un niveau de scolarité faibles et les jeunes femmes sont moins susceptibles de passer ces tests (pages xii, 36 et 37);
- mammographie de dépistage pour le dépistage du cancer du sein, notamment des données indiquant que les femmes ayant un revenu et un niveau de scolarité faibles ou les femmes qui n'ont pas de médecin de famille régulier ont moins de chances d'avoir passé ce test (pages xii et 37);
- femmes et prestation de soins, notamment des données indiquant que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à donner des soins informels et qu'elles y consacrent plus de temps, en moyenne, que les hommes (page 60);
- taux d'hystérectomie (page 43);
- taux de césariennes, notamment des données sur l'accouchement par voie vaginale après une césarienne (page 42);
- recours à la médecine complémentaire et parallèle, notamment des données indiquant que les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de recourir à ces mesures (page 38).

Le rapport englobe les allusions suivantes aux hommes :

- prestation de soins, notamment des données indiquant que les hommes sont moins susceptibles que les femmes de donner des soins informels et y consacrent moins d'heures que les femmes (page 60);
- recours à la médecine complémentaire et parallèle, notamment des données indiquant que les hommes sont moins susceptibles que les femmes de recourir à ces mesures (page 38).

Il est inquiétant de le constater : tandis que le rapport *Pour un avenir en santé* accordait énormément d'attention au facteur sexe, les recherches ultérieures n'en tiennent pratiquement pas compte.

La santé des femmes, si tant est qu'elle soit abordée, est définie de façon très étroite, soit les troubles propres aux femmes ou touchant particulièrement ce groupe (p. ex. le cancer du sein).

Si le rapport *Les soins de santé au Canada : Un rapport annuel* ne tient pas activement compte du facteur sexe et des différences et des ressemblances entre les besoins et l'état de santé des femmes et des hommes, il ne pourra pas fournir à divers groupes intéressés, notamment les dispensateurs de soins, les chercheurs sur la santé et les décideurs à l'échelon régional, provincial/territorial et fédéral, l'information dont ils ont besoin pour améliorer la santé de la population canadienne et gérer le système de santé de façon à répondre à ses besoins.

3. **Initiative du Carnet de route...Lancer le processus**

L'édition révisée de ce document, publiée conjointement par l'ICIS et Statistique Canada, a été mise au point en mars 2000. L'optique est semblable à celle des deux autres documents de l'ICIS analysés plus haut.

L'introduction du rapport mentionne ce qui suit :

L'Initiative du Carnet de route est conçue pour nous permettre de répondre clairement et avec confiance à deux questions élémentaires :

- *Comment se porte le système de santé au Canada?*
- *Comment se portent les Canadiens et les Canadiennes? (page 1)*

Le rapport indique que les participants à *L'Initiative du Carnet de route* **doivent** :

- *appuyer ou faciliter la génération d'information qui sert à améliorer la santé de la population canadienne ou la qualité, la rentabilité et l'accessibilité des services de santé au Canada;*
- *fournir les fondements de la mesure du rendement et des résultats liés aux soins de santé et d'une meilleure compréhension des déterminants non médicaux de la santé de la population canadienne;*
- *permettre la création, l'analyse et la diffusion des meilleures « évidences » canadiennes et internationales en tant que base pour la prise de décisions avisées par les patients, les citoyens, les dispensateurs de soins non officiels, les professionnels de la santé, les gestionnaires et les décideurs; et*
- *aider les individus et les collectivités à faire des choix avisés sur leur propre santé, la santé des autres et l'avenir du système de santé au Canada. (préambule, non paginé)*

Santé Canada l'a reconnu tant dans la *Stratégie pour la santé des femmes* que dans *La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes* : aucun de ces objectifs ne peut se réaliser sans une étude approfondie des différences entre les sexes.

L'Initiative du Carnet de route n'a pas saisi l'occasion. On mentionne le sexe à titre de déterminant de la santé une fois, à la page 2 du document. Il s'agit malheureusement de la seule occurrence du terme dans le document, qui comprend une liste de 41 projets de collecte et de présentation de données, regroupés en cinq secteurs : A) projets concernant les rapports et les indicateurs; B) projets concernant les services de santé intégrés; C) projets concernant la gestion des ressources de santé; D) projets concernant l'infrastructure et les normes techniques et E) projets concernant la santé de la population.

Le document mentionne les femmes une fois, au moment où il aborde le projet d'amélioration de la base de données sur les avortements thérapeutiques (page 7). Il mentionne une fois la ventilation des données selon le sexe lorsqu'il traite des projets d'amélioration de la base de données sur les ressources médicales (page 14).

On ne pourra atteindre les objectifs de *L'Initiative du Carnet de route* qu'à la condition d'adopter un cadre traitant des répercussions du sexe et de la diversité sur la santé de la population canadienne et d'appliquer ce cadre à l'étude de l'ensemble des déterminants de la santé, notamment les déterminants sociaux et économiques de la santé des femmes et des hommes.

On retrouve l'énoncé suivant, par exemple, dans *La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes* :

- *En examinant le rapport entre le sexe et les autres déterminants de la santé, et comment ce rapport affecte la santé et l'utilisation des services de santé, l'ACS joue un rôle essentiel pour mieux comprendre et mettre en application la théorie des déterminants de la santé.*
- *En veillant à ce que les différences biologiques et sociales entre les femmes et les hommes soient mises en évidence, l'ACS impose une science de haute qualité et la production de données probantes.*
- *Il n'y a pas de bonnes politiques sans de bonnes activités scientifiques; ensemble, elles conduisent à une meilleure santé pour tous les Canadiens et les Canadiennes.*
- *L'élaboration de bonnes politiques protège les droits de la personne et les engagements que le Canada a pris pour assurer aux Canadiens et aux Canadiennes l'accès aux meilleurs programmes et politiques, et services de santé. L'élaboration de bonnes politiques est particulièrement nécessaire en période de renouvellement du système de santé. (page 6)*

Il n'en reste pas moins que, conformément à l'optique adoptée dans les deux autres documents de l'ICIS examinés dans le cadre de ce projet, on n'a pratiquement pas étudié le facteur sexe dans *L'Initiative du Carnet de route*.

4. Conclusions – Prise en considération du facteur sexe dans les rapports de l'ICIS examinés

Comme il est indiqué précédemment, aucun des trois documents de l'ICIS que nous avons examinés ne prend sérieusement en considération le facteur sexe en général ou la santé des femmes en particulier. Cette situation ne semble pas en accord avec les politiques énoncées par Santé Canada et avec l'expertise des auteurs des documents.

Nous nous sommes tournés vers le travail de Patricia Kaufert, Ph D, de la Faculty of Community Health Sciences de l'Université du Manitoba, pour trouver une explication. Elle a fait la description suivante des auteurs des grands textes sur la santé de la population dans le cadre d'une étude publiée récemment sur le sexe et la santé de la population :

Il s'agit d'un groupe de personnes particulièrement au fait des différences entre les sexes sur le plan des taux de mortalité et de morbidité, de l'utilisation des services de santé et de l'accès aux déterminants de la santé, notamment l'emploi et d'autres formes de capital économique et social. On ne peut imputer au hasard ou à la distraction du savant leur décision de ne pas tenir compte des femmes. À un certain niveau, conscient ou inconscient, on a décidé de ne pas tenir compte de ces différences, de les tenir pour acquises et de « ne plus les remettre en question, les examiner ou les considérer comme problématiques »¹⁰. (page 123)

Elle a commenté son analyse de l'un des ouvrages de base en santé de la population, intitulé *Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations* et publié par R. Evans, M. L. Barer et R. Murrin (1994), en ces termes :

J'étais à la recherche des femmes, et j'avais l'impression étrange de sentir leur présence tout en ne pouvant pas les voir. Car il était évident qu'une partie des décès, tout comme une partie de la pauvreté et de la richesse, sur lesquels reposaient ces statistiques concernaient des femmes, mais combien de femmes, où, quand, impossible de le dire. Le regroupement des données ou leur rajustement selon l'âge ou le sexe ne sont que des formalités courantes pour les épidémiologistes et les statisticiens. Cette approche est si courante que je ne l'ai pas remise en question moi-même jusqu'à ce que je parte délibérément à la recherche des femmes et que je découvre qu'elles manquaient à l'appel ou qu'elles étaient dissimulées dans un ensemble de données regroupées. Ces techniques d'analyse sont, à leur manière, aussi efficaces que le tchador pour occulter la présence des femmes. Tout le monde sait qu'elles sont là, mais comme elles sont voilées, elles deviennent invisibles; on agit comme si elles n'avaient ni présence, ni voix ni pertinence. (pages 124 à 125)

¹⁰ Kaufert, Patricia, « The vanishing woman: gender and population health » in Pollard, T. and Hyatt, S., *Sex, Gender and Health*.

La décision de l'ICIS de ne pas tenir compte du facteur sexe dans les indicateurs de la santé de la population canadienne qu'elle conçoit engendre plusieurs problèmes :

1. La mise de côté du facteur sexe dans l'élaboration des indicateurs de la santé de la population et des rapports connexes nuit à la qualité de la recherche. Kaufert a noté ce qui suit dans son analyse de l'exclusion des femmes de l'étude Whitehall 1 des maladies coronariennes chez les fonctionnaires britanniques :

Ce choix a engendré une pénurie de connaissances scientifiques sur les signes, les symptômes et les meilleures méthodes de diagnostic et de traitement des maladies cardiaques chez les femmes. Les médecins, habitués par leur formation à associer les maladies cardiaques aux hommes, posaient en général de mauvais diagnostics ou négligeaient les symptômes de maladie cardiaque chez les femmes. Cette négligence constituait un danger pour la santé des femmes et une mauvaise application de la science médicale. De même, le fait pour les femmes de ne pas apparaître dans le modèle des déterminants de la santé peut s'avérer néfaste pour elles et nous empêcher de bien saisir en quoi les déterminants de la santé peuvent jouer différemment dans le cas des femmes. (page 130)

L'ICIS pourrait puiser à même un grand nombre d'excellents travaux de recherche, notamment celui des Centres d'excellence pour la santé des femmes, les analyses en fonction du sexe de données tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population, l'une des principales sources de données citées dans la *Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population*, que font actuellement Vivienne Walters et Peggy McDonough, de l'Université McMaster, et le travail d'autres chercheurs canadiens et internationaux, notamment les chercheurs anglais Sara Arber, Ellen Annandale, Kate Hunt, Leslie Doyal et Sally Macintyre.

En décidant, en particulier, de ne pas se servir du rapport *La surveillance de la santé des femmes : Un plan d'action pour Santé Canada*, publié en 1999, l'ICIS a perdu l'occasion de donner suite à l'expertise et aux recommandations du Comité consultatif de Santé Canada sur la surveillance de la santé des femmes. Le temps est venu d'intégrer ces travaux, car l'initiative de l'ICIS se poursuit toujours.

2. Il est contraire aux engagements pris par le Canada à l'égard de l'égalité des sexes que de ne pas tenir compte du facteur sexe. Le document *La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes* mentionne ce qui suit :

Le gouvernement du Canada s'est engagé à assurer l'égalité des sexes. Les droits et le statut social devraient bénéficier également aux femmes comme aux hommes, aux filles comme aux garçons . « Bénéficiaire également » signifie que l'égalité des sexes aura ses racines dans les résultats, qu'il ne s'agit pas simplement de fournir les occasions pour atteindre les résultats. L'engagement envers l'égalité des sexes est

sauegardé dans la Charte canadienne des droits et libertés et dans des documents internationaux et nationaux. (page 3)

Le document *Stratégie pour la santé des femmes* de Santé Canada mentionne ce qui suit :

Conformément à l'engagement pris dans le Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes, Santé Canada adoptera comme pratique générale d'assujettir à une analyse comparative entre les sexes, ses programmes et ses politiques touchant certaines questions comme la modernisation du système de santé, la santé de la population, la gestion du risque, les services directs et la recherche. (page 21)

Les rapports examinés, largement financés par Santé Canada, ne témoignent cependant pas toujours de cet engagement.

3. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) auront besoin de données soumises à une analyse en fonction du sexe pour fixer les priorités de la recherche. Si l'ICIS ne recueille pas l'information pertinente, les projets de recherche seront évalués sans que l'on dispose des données nécessaires pour fixer les priorités de la recherche pour les femmes et les hommes, les garçons et les filles. Les systèmes de collecte de données en voie de création devront tenir compte du facteur sexe pour guider la prise de décisions et assurer ainsi une utilisation efficiente des ressources. Il en coûtera beaucoup plus cher de tenter d'ajouter cette caractéristique après coup.
4. Étant donné que l'ICIS n'a pas pris en considération le facteur sexe, il a exclu totalement le secteur des soins informels des indicateurs de la santé de la population proposés. Ses agents, qui n'ont pas bien compris le travail des soignants naturels non rémunérés, ont donc mené une analyse incomplète de la santé de la population canadienne, et en particulier de celle des femmes, qui sont les plus nombreuses tant à donner qu'à recevoir ces soins.

VII. Analyse du rapport *Pour une population en meilleure santé : une action concrète de Santé Canada*

Le document a pour objet d'aider le personnel de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (autrefois la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé) à mettre en œuvre une approche axée sur la santé de la population. Il inclut le sexe parmi les déterminants de la santé (page 1) et mentionne que la liste des déterminants de la santé connaîtra probablement des changements au fur et à mesure de l'accroissement de nos connaissances.

Le document énonce huit principes directeurs pour la mise en œuvre d'une approche axée sur la santé de la population (pages 9-16) :

1. La santé : une capacité, une ressource pour la vie quotidienne
2. La complexité des déterminants de la santé et de leur interdépendance
3. Intervenir « en amont »
4. Reconnaître que la santé, c'est l'affaire de tous
5. Prendre des décisions éclairées
6. Le devoir de transparence
7. Gestion horizontale des enjeux de la santé
8. Stratégies multiples et cadres multiples dans des systèmes et secteurs multiples

Il souligne que les déterminants de la santé sont complexes et interdépendants et qu'il faut s'attarder aux causes profondes (pages 10-11) et faire de bonnes recherches pour soutenir ces décisions (pages 11-12).

En théorie, il s'agit d'analyser l'état de santé d'une population et de préparer des scénarios pour fixer des objectifs afin d'améliorer la santé de toute la population. Il faut des indicateurs de santé, par opposition à des indicateurs de maladie, pour tous les déterminants de la santé. On peut ensuite mesurer l'incidence en comparant les taux concernant une population dont la santé s'est améliorée et établir des liens entre les améliorations et l'évolution des déterminants pour la population en question.

Il est crucial de pouvoir déterminer quelles stratégies ou interventions en amont auront le plus d'effet. Il faut donc prévoir ce qui peut influencer sur l'état de santé à court et à long termes, investir maintenant de façon à réduire le risque que survienne un problème de santé particulier ou à éviter qu'il ne s'aggrave. (page 11)

Le document favorise l'utilisation de nouveaux moyens d'évaluation de la santé, fondés sur les analyses de données quantitatives et qualitatives (page 13).

Il mentionne également que le premier des quatre grands défis auxquels Santé Canada fait face dans la mise en œuvre d'une approche axée sur la santé de la population est *d'améliorer la banque d'information sur la santé et ses déterminants et de faciliter l'accès à l'information sur la santé* (page 23).

Les indicateurs de la santé de la population que l'on met au point actuellement ne permettront pas de fournir les données nécessaires pour atteindre les objectifs du rapport *Pour un avenir en santé*.

Annexe 1

Cadre révisé pour l'analyse en fonction du sexe des documents de planification de la santé

Cadre révisé pour l'analyse en fonction du sexe des documents de planification de la santé

Le cadre original du rapport *Invisible Women* a été révisé pour ce projet et englobe les éléments suivants :

- A. Reconnaissance des liens entre le sexe et chacun des autres déterminants de la santé
- B. Reconnaissance des obstacles aux comportements sains ou à l'accès aux services
- C. Ventilation des données selon le sexe
- D. Analyse des questions de santé touchant les femmes
- E. Diversité
 - 1. Reconnaissance de la diversité
 - 2. Analyse des observations sur les femmes appartenant à divers groupes
- F. Cible précise visée relativement aux besoins ou aux questions touchant les femmes
- G. Questions liées au système de santé
- H. Décisions et évaluations fondées sur des données probantes

Tous les tableaux ont été appliqués à *Pour un avenir en santé* dans la forme présentée aux pages suivantes.

A. Reconnaissance des liens entre le sexe et chacun des autres déterminants de la santé
(p. ex. données ventilées selon le sexe et analyse de la manière dont elles jouent différemment chez les femmes et les hommes)

Déterminants	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Revenu et statut social				
Réseau de soutien social				
Niveau de scolarité				
Emploi et conditions de travail				
Environnement social				
Environnement physique				
Biologie et patrimoine génétique				
Habitudes de santé personnelles et capacité d'adaptation personnelles				
Sain développement de l'enfant				
Services de santé				
Culture				

- « Aucune » aucune mention du lien entre le sexe et le déterminant en question ou absence de données ventilées selon le sexe
- « Un peu » une ou deux mentions du lien entre le sexe et le déterminant en question ou présence de données ventilées selon le sexe
- « Un certain nombre » plus de deux mentions du lien entre le sexe et le déterminant en question ou présence de données ventilées selon le sexe
- « Beaucoup » plus de deux mentions du lien entre le sexe et le déterminant en question ou présence de plus de deux cas de données ventilées selon le sexe et d'au moins une analyse de la question en fonction du sexe

B. Reconnaissance des obstacles aux comportements sains ou à l'accès aux services

Obstacles	Oui	Non
Manque de services de garde pour les enfants		
Manque de services locaux		
Manque de moyens de transport		
Manque de flexibilité dans les services (y compris les services sociaux et de santé, les activités de loisir, etc.)		
Coût des services		
Problèmes de sécurité (p. ex. risque de violence)		
Langue		
Dispensateur de soins ou services désiré non disponible (p. ex. sage-femme, programme de lutte contre le tabagisme)		

C. Ventilation des données selon le sexe

Type de données	Beaucoup	Un peu	Aucune
Morbidité			
Mortalité			
Utilisation des services			
Autres – pas de données recueillies			

« Aucune » pas de données ventilées selon le sexe
« Un peu » un ou deux cas de données ventilées selon le sexe
« Beaucoup » plus de deux cas de données ventilées selon le sexe

D. Analyse des questions de santé touchant les femmes

Questions de santé touchant les femmes	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Troubles associés à l'appareil reproducteur et services connexes				
Troubles touchant particulièrement les femmes (p. ex. cancer du sein, ostéoporose) et services connexes				
Questions touchant la santé de la famille et des enfants (p. ex. questions parents-enfants)				
Besoins spécifiques aux femmes relativement aux maladies courantes chez les hommes et les femmes (p. ex. maladies du cœur)				
Besoins des femmes en matière de santé tout au long de la vie				
Questions spécifiques aux femmes concernant la promotion d'un mode de vie sain (p. ex. réduction du tabagisme, alimentation saine, activité physique)				
Approche holistique allant au-delà de la santé physique (entre autres, la santé mentale, affective et spirituelle)				
Situations de vie des femmes (p. ex. violence, pauvreté, responsabilités parentales, logement, transport, discrimination)				

- « Aucune » aucune mention
« Un peu » une ou deux mentions
« Un certain nombre » plus de deux mentions
« Beaucoup » plus de deux mentions et au moins une analyse de la question en fonction du sexe

E. Diversité

1. Reconnaissance de la diversité

	Oui	Non
Reconnaissance de la diversité des femmes		
Exemples ou modes d'interaction entre la diversité et le sexe et d'autres déterminants de la santé		

2. Analyse de la diversité

Analyse des observations sur les femmes appartenant à l'un des groupes suivants :	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Femmes autochtones				
Femmes francophones				
Femmes issues de groupes culturels qui ne sont pas originaires de l'Amérique du Nord ni de l'Europe de l'Ouest				
Femmes de milieu rural				
Mères célibataires				
Adolescentes et jeunes femmes				
Femmes âgées				
Femmes ayant vécu une relation de violence				
Femmes handicapées				
Femmes à faible revenu				
Femmes ayant de faibles capacités de lecture et d'écriture				
Autres (préciser)				

- « Aucune » aucune mention
« Un peu » une ou deux mentions
« Un certain nombre » plus de deux mentions
« Beaucoup » plus de deux mentions et au moins une analyse de la question en fonction du sexe

F. Cible précise visée relativement aux besoins ou aux questions touchant les femmes

Cible	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Besoins ou questions touchant la santé physique des femmes				
Besoins ou questions touchant la santé mentale des femmes				
Besoins sociaux des femmes (p. ex. soutien social, questions financières)				

- « Aucune » aucune mention
 « Un peu » une ou deux mentions
 « Un certain nombre » plus de deux mentions
 « Beaucoup » plus de deux mentions et au moins une analyse de la question en fonction du sexe

G. Questions liées au système de santé

Question	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Reconnaissance du fait que les femmes sont plus susceptibles d'être des soignants naturels que les hommes				
Reconnaissance du fait que les femmes jouent, en général, le rôle de gardiennes de la santé des membres de la famille (enfants, personnes âgées, hommes)				
Reconnaissance du fait que les femmes constituent la majorité des bénévoles offrant des services de santé communautaires				

- « Aucune » aucune mention
 « Un peu » une ou deux mentions
 « Un certain nombre » plus de deux mentions
 « Beaucoup » plus de deux mentions et au moins une analyse de la question en fonction du sexe

H. Décisions et évaluations fondées sur des données probantes

Question	Beaucoup	Un certain nombre	Un peu	Aucune
Reconnaissance de la nécessité d'avoir des données pertinentes sur les hommes et les femmes pour les analyses et la prise de décisions				
Inclusion d'indicateurs spécifiques à la santé des femmes				
Inclusion d'indicateurs spécifiques à l'égalité entre les sexes				

- « Aucune » aucune mention
 « Un peu » une ou deux mentions
 « Un certain nombre » plus de deux mentions
 « Beaucoup » plus de deux mentions et au moins une analyse de la question en fonction du sexe

Annexe 2

Sélection des données dans le rapport *Pour un avenir en santé*

Sélection des données dans le rapport *Pour un avenir en santé*

Dans l'ensemble, le rapport principal – *Pour un avenir en santé* – puise son information sur les différences entre les sexes dans de nombreuses autres sources. Elles sont présentées par chapitre du rapport principal et des documents statistiques. Les noms des organisations sont indiqués afin de montrer la diversité des sources d'information. Le lecteur qui désire obtenir l'intitulé complet des sources est prié de se reporter aux références fournies à la fin de chaque chapitre du rapport *Pour un avenir en santé*. Les sources apparaissent ici dans l'ordre où elles sont citées dans les documents.

Nous inscrivons aussi, à la fin de chaque sous-section ci-dessous, les références à des sources de données extérieures à l'ENSP inscrites dans les rapports statistiques accompagnant le rapport principal.

Nous n'analysons pas l'information tirée de totalisations spéciales des séries de données de l'ENSP de 1994-1995 ou 1996-1997 ou encore du rapport de l'ENSP de 1994-1995. Même si ces sources sont citées, nous ne les considérons pas comme des sources de données extérieures aux fins de cette section.

Les différences entre les femmes et les hommes sont présentées de façon descriptive dans la majorité des statistiques tirées des divers rapports énumérés ci-dessous. On en fait peu d'interprétation. Les données ventilées selon le sexe constituent une première étape de l'analyse en fonction du sexe, mais il faut aller plus loin.

Chapitre 1. L'état de santé des Canadiennes et Canadiens

Plusieurs autres sources d'information sur les différences entre les sexes ont été citées dans ce chapitre du rapport principal.

Ce sont notamment les suivantes :

1. Santé Canada, Unité de promotion de la santé mentale (1998), *Population Mental Health in Canada*, sur l'évaluation du bien-être psychologique
2. First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee (1999), *First Nations and Inuit Regional Health Survey* (1997), sur les affections chroniques touchant la population autochtone
3. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1997*, sur le nombre de cas de VIH/sida et de décès déclarés
4. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada*, sur l'évolution des facteurs démographiques des groupes infectés (p. ex. augmentation du nombre de femmes et d'Autochtones)

5. Institut canadien d'information sur la santé (1998), *Registre national des traumatismes : Rapport de 1995-1996 sur les hospitalisations à la suite de blessures*, sur les taux d'hospitalisation à la suite de blessures
6. Statistique Canada (année de publication non indiquée), *La santé des immigrants au Canada en 1994-1995*, sur les liens entre le sexe, le statut socioéconomique et l'invalidité chez les immigrants
7. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1996), statistiques non publiées de l'état civil sur les décès par maladie cardiovasculaire
8. Institut national du cancer du Canada (1998), *Statistiques canadiennes sur le cancer*, sur les décès par cancer
9. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1997), *Indicateurs sur la santé*, sur les taux de suicide
10. Santé Canada (1994), *Le suicide au Canada : Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, sur les suicides et les tentatives de suicide, y compris une analyse des gais et des lesbiennes et des personnes qui ont subi des agressions sexuelles pendant l'enfance
11. Canetto and Sakinofsky (1998), The gender paradox in suicide, article de recherche paru dans la revue *Suicide and Life-Threatening Behavior*, sur les intentions mortelles et non mortelles
12. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (1996), *Le Progrès des nations*, sur les comparaisons internationales des taux de suicide
13. Fedorowycz (1998), L'homicide au Canada, 1997, article de recherche paru dans *Juristat*, sur les victimes d'homicide et les personnes accusées
14. Ellison, May et Gibbons (1995), Projections de la mortalité imputable au tabagisme au Canada 1991-2000, document de recherche paru dans *Maladies chroniques au Canada* (du Laboratoire de lutte contre la maladie), sur la mortalité imputable au tabagisme
15. Statistique Canada (1998), *Recueil de statistiques de l'état civil, 1996*, sur l'espérance de vie
16. Chen, Wilkins et Eng (1996), Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991, document de recherche paru dans *Rapports sur la santé* (de Statistique Canada) sur l'espérance de vie de certains groupes d'immigrants

17. Robine and Ritchie (1991), Healthy life expectancy: Evaluation of global indicators of change in population health, article de recherche paru dans le *British Medical Journal* et incluant une analyse de l'espérance de vie sans incapacité
18. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1999), *Indicateurs sur la santé* – sur les années potentielles de vie perdues
19. Programme des Nations Unies pour le développement (1998), *Rapport mondial sur le développement humain 1998*, sur le rendement du Canada selon divers instruments de mesure du développement humain – Indice du développement humain, Indice du développement sexospécifique, Indice de la pauvreté humaine et Mesure de l'habilitation sexospécifique

La plupart des références citées dans les sections « bien-être », « santé générale et état fonctionnel » et « blessures » du rapport statistique qui présentaient des différences entre les sexes étaient des totalisations spéciales de données de l'ENSP. La référence « a » ci-dessous est tirée de la section des blessures. Les autres références citées qui sont extérieures à l'ENSP ou aux données d'autres enquêtes antérieures sur la promotion de la santé menées par Santé Canada sont tirées des sections « maladies et affections » et « mortalité ».

- a. Institut canadien d'information sur la santé (1998), *Registre national des traumatismes : Rapport de 1995-1996 sur les hospitalisations à la suite de blessures*, sur les admissions à l'hôpital pour des blessures, selon le groupe d'âge et le sexe
- b. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Division de la prévention et de la lutte contre les MTS (sans date) – totalisations spéciales sur les tendances temporelles des taux de syphilis, de gonorrhée et de chlamydie (les données sur les différences entre les sexes sont également ventilées selon l'âge); tendances temporelles des cas de sida chez les femmes
- c. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose (1998). *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1997* – tendances temporelles des personnes recevant un diagnostic d'infection à VIH – augmentation du nombre de femmes
- d. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose (1998), *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada*, mai 1998 – sur les différences entre les femmes et les hommes autochtones et non autochtones dans les cas de sida dus à l'utilisation de drogues injectables
- e. Santé Canada (1998), *Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, 1996*, dans *Relevé des maladies transmissibles au Canada* – taux de giardiose, d'hépatite A, de salmonellose et d'infections à *Campylobacter*, à *E. coli* et à *Shigella*
- f. Institut national du cancer du Canada (1998), *Statistiques canadiennes sur le cancer*, sur les décès par cancer – tendances temporelles de l'incidence de divers types de cancer (sein, poumon, prostate) et des décès qui leur sont attribuables, y compris des ventilations selon l'âge et la province ou le territoire
- g. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (sans date), totalisations spéciales – sur l'incidence du cancer et les taux de mortalité pour les hommes et les

- femmes de 60 ans et plus; les taux de suicide; l'espérance de vie à la naissance, les tendances temporelles et le rapport entre l'espérance de vie et l'âge
- h. Fondation des maladies du cœur du Canada (1997), *Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada* – différences entre les provinces et les territoires dans les décès par maladie cardiovasculaire chez les femmes et les hommes
 - i. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, tableaux standard de statistiques non publiées de l'état civil pour 1996, totalisations spéciales sur les décès par maladie cardiovasculaire
 - j. Johansen, Nargundkar, Nair et coll. (1998), Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute, article paru dans *Rapports sur la santé* – sur le nombre de femmes et d'hommes hospitalisés pour un infarctus du myocarde aigu
 - k. Organisation mondiale de la santé (1995), *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales* – sur la comparaison des taux de mortalité par maladie cardiovasculaire entre le Canada et d'autres pays
 - l. Institut canadien d'information sur la santé (sans date), *Base de données en santé mentale en milieu hospitalier 1995-1996* – sur l'hospitalisation pour divers problèmes de santé mentale (névrose, dépression, psychose affective, réaction d'adaptation, schizophrénie, dépendance à l'égard de l'alcool ou des drogues)
 - m. Institut canadien d'information sur la santé (sans date), *Base de données sur la morbidité hospitalière, 1994-1995 et 1995-1996* – sur les taux d'hospitalisation toutes causes confondues (notamment la grossesse, les maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif, de l'appareil génito-urinaire et de l'appareil locomoteur, les cancers, les troubles mentaux, les blessures et les empoisonnements)
 - n. Statistique Canada (1998), *Recueil de statistiques de l'état civil, 1996* – sur la mortalité infantile, périnatale et néonatale
 - o. Ellison, Morrison, deGroh et al. (1998). *Health Consequences of Smoking among Canadian Smokers: An Update* – projections de décès imputables au tabagisme
 - p. Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada (1997), Consommation d'alcool chez les conducteurs et les piétons décédés dans des accidents de la route, Canada, 1995 – sur la conduite avec facultés affaiblies, au sens de la loi, chez les conducteurs ayant subi des blessures mortelles dans des accidents de la route
 - q. Santé Canada (1994), *Le suicide au Canada : mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, sur la comparaison des taux de suicide au Canada et dans d'autres pays, taux de suicide selon l'orientation sexuelle
 - r. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1999), *Indicateurs sur la santé* – sur les taux de suicide et les tendances temporelles (y compris les jeunes de 15 à 24 ans); taux de mortalité toutes causes confondues (normalisés selon l'âge), notamment ventilation selon le sexe des taux des provinces et des territoires, années potentielles de vie perdues
 - s. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (1996), *Le Progrès des nations 1996* – sur les comparaisons des taux de suicide au Canada et dans d'autres pays
 - t. Organisation de coopération et de développement économiques (sans date), *Éco-santé OCDE, 1998* – sur les comparaisons des années potentielles de vie perdues et de l'espérance de vie à la naissance entre le Canada et d'autres pays
 - u. Statistique Canada (1998), Décès, 1996, article paru dans *Le Quotidien* – sur les tendances temporelles de l'espérance de vie

Environnement socioéconomique

Les sources extérieures à l'ENSP qui ont servi à l'élaboration de ce chapitre et qui ont été analysées sur le plan des différences entre les sexes comprennent les suivantes :

1. Statistique Canada (1998), Recensement de 1996 : sources de revenu, gains et revenu total et revenu des familles. Publié dans *Le Quotidien*. Nombre et pourcentage de personnes et de divers types de familles vivant sous le seuil de faible revenu (SFR), écart de revenu par rapport au SFR (degré de pauvreté)
2. Statistique Canada (année de publication non précisée), *Personnes à faible revenu, 1980 à 1996*, sur les inégalités de revenu temporelles entre les femmes et les hommes et entre les femmes de divers groupes d'âge et la concentration des femmes dans les professions les moins rémunérées
3. Statistique Canada et l'Organisation de coopération et de développement économiques (1994), *Littéracie, économie et société : résultats de la première enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, sur la capacité de lecture courante, de lecture de textes schématisés et de lecture de textes au contenu quantitatif
4. Statistique Canada (1998), *La valeur des mots : alphabétisme et sécurité économique au Canada*, sur la relation entre l'alphabétisme et le revenu
5. Statistique Canada (date non précisée), *Le point sur la population active : un aperçu du marché du travail*, sur l'emploi à temps partiel
6. Statistique Canada (1998), Recensement de 1996 : activités sur le marché du travail, profession et industrie, lieu de travail, mode de transport pour se rendre au travail et travail non rémunéré, article paru dans *Le Quotidien* – Ce rapport fournit des statistiques sur l'emploi (y compris le travail autonome) et le travail ménager non rémunéré, les soins aux enfants et les soins aux personnes âgées.
7. Statistique Canada (1998), Recensement de 1996 : sources de revenu, gains et revenu total et revenu des familles, article paru dans *Le Quotidien*. Ce rapport fournit des statistiques sur le revenu d'emploi.
8. Statistique Canada (1998), *Statistiques chronologiques sur la population active, 1997*, sur les taux de chômage
9. Betcherman and Leckie (1997), *Youth Employment and Education Trends in the 1980s and 1990s*, Document préparé pour les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. Ce rapport fournit des statistiques sur le chômage chez les jeunes et le travail à temps partiel.

10. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1996), totalisations spéciales de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada et de l'Enquête sur la population active, 1996, sur les accidents de travail
11. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique (1997), *Enfants et adolescents victimes d'agressions dans la famille, 1996*, sur les agressions d'enfants déclarées à la police
12. Statistique Canada (1993), *L'Enquête sur la violence envers les femmes*, sur la violence infligée aux femmes par leur conjoint
13. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique (1997), *Enquête sur la déclaration uniforme de la criminalité, 1996*, sur les cas de violence conjugale déclarés à police
14. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *La violence familiale au Canada, un profil statistique*. Ce rapport présente des données sur le recours aux refuges pour femmes et les prédicteurs de la violence conjugale.
15. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique (1998), *Statistique de la criminalité du Canada, 1997* sur les homicides entre conjoints
16. Statistique Canada (1998), *Statistiques de la criminalité*, perpétration de crimes violents par des jeunes hommes et des jeunes femmes
17. Hall, Knighton, Read et coll. (1998), *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation* – sur le bénévolat pour des organisations à but non lucratif, la participation à des organisations communautaires (p. ex. écoles, églises, organismes de loisirs) et les dons de charité
18. Messing (1994), Women's occupational health: A critical review and discussion of the issues, article de recherche paru dans *Women and Health*, inégalités sur le plan de la rémunération, de la sécurité d'emploi, de la satisfaction au travail et du contrôle sur le travail
19. Lee, Duxbury et Higgins (1994), *Les mères au travail : concilier la vie professionnelle et la vie familiale*, document préparé pour le Centre canadien de gestion. Ce rapport fournit des statistiques sur le stress lié à la conciliation du travail et de la famille.
20. Développement des ressources humaines Canada (1998), *Le secondaire, est-ce suffisant? : une analyse des résultats de l'Enquête de suivi auprès des sortants, 1995* – Ce rapport fournit des statistiques sur les abandons scolaires au niveau secondaire.

La section du rapport statistique portant sur l'environnement social et économique renferme les références extérieures à l'ENSP mentionnées ci-après qui font état de différences entre les sexes ou de questions propres aux femmes. Si le rapport statistique se reporte à un document qui est

également cité dans le rapport principal, nous inscrivons le numéro tiré de la liste susmentionnée de références tirées du rapport principal.

- a. Statistique Canada (sans date), Recensement de 1996 : Estimations postcensitaires de la population, dans la *série* « *Le pays* » – inclut la population des femmes et des hommes au Canada
- b. Statistique Canada (sans date), Recensement de 1996 : État matrimonial, unions libres et structure de la famille, dans la *série* « *Le pays* » - sur la composition de la famille chez les femmes âgées
- c. Statistique Canada (1997), Recensement de 1996 : état matrimonial, unions libres et familles, dans *Le Quotidien* – sur la composition de la famille, notamment les mères et les pères monoparentaux
- d. Statistique Canada (1998), Naissances, 1996, dans *Le Quotidien* – sur les taux de fertilité (nombre moyen d'enfants nés de femmes âgées de 15 à 49 ans)
- e. Santé Canada, Division des statistiques sur la santé (1999), *Indicateurs sur la santé, 1999* – sur la baisse des taux de natalité (pour 1 000 habitants) pendant au moins les 25 dernières années; modifications des taux de participation à la population active des femmes et des hommes
- f. Dumas et Bélanger (sans date), *Rapport sur l'état de la population du Canada : la conjoncture démographique* – sur les taux de fertilité des femmes au Canada par rapport à d'autres pays
- g. Statistique Canada (1999), *Recueil de statistiques de l'état civil, 1996* – définitions des taux de fertilité et des taux brut de natalité
- h. Statistique Canada (sans date), Recensement de 1996 : Éducation, dans la *série* « *Le pays* » - sur l'augmentation au fil du temps du nombre de femmes diplômées d'université
- i. Ross, Scott et Kelly (1996), Aperçu : Les enfants du Canada durant les années 90, dans *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*. Préparé pour DRHC et Statistique Canada – maturité scolaire des garçons et des filles, caractéristiques des mères et des pères associées à la maturité scolaire des enfants
- j. Willms (1997), *Les capacités de lecture des jeunes canadiens*. Préparé pour l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes – différences entre les sexes dans les résultats obtenus sur le plan de la capacité de lecture courante, de lecture de textes schématisés et de lecture de textes au contenu quantitatif
- k. Statistique Canada (1998), Recensement de 1996 : sources de revenu, article paru dans *Le Quotidien* – sur les mères monoparentales vivant sous le seuil de faible revenu (SFR)
- l. Statistique Canada (sans date), Recensement de 1996 : sources de revenu, dans la *série* « *Le pays* » - sur les disparités salariales entre les hommes et les femmes
- n. Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles (sans date), *Enquête sur les dépenses des familles, 1996* – sur le revenu familial moyen dans divers types de familles
- o. Statistique Canada (sans date), *Statistiques chronologiques sur la population active, 1970-1997* – sur les tendances des taux de participation à la population active des femmes et des hommes, notamment selon l'âge
- p. Statistique Canada (1998), Recensement de 1996 : travail non rémunéré, dans *Le Quotidien* – sur les activités à la maison sans rémunération des hommes et des femmes

- q. Statistique Canada (sans date), Recensement de 1996 : travail non rémunéré, dans la série « *Le pays* » - sur les activités à la maison sans rémunération des hommes et des femmes selon l'emploi et la présence d'enfants
- r. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique (1997), *Enfants et adolescents victimes d'agressions dans la famille, 1996*, sur les tendances des agressions physiques et sexuelles selon le sexe de la victime et sa relation avec l'agresseur
- s. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique (1998), *Statistique de la criminalité du Canada, 1997*, sur les homicides entre conjoints
- t. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique (1997), *Enquête sur la déclaration uniforme de la criminalité, 1996*, sur les tendances temporelles des homicides à l'intérieur de la famille
- u. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *La violence familiale au Canada, un profil statistique*, sur la situation des femmes vivant dans des refuges

Sain développement de l'enfant

Les sources extérieures suivantes ont été utilisées pour présenter a) des différences entre certains groupes de femmes sur le plan de la relation mère-enfant ou b) des différences entre des enfants de sexe féminin et de sexe masculin.

1. National Centre for Health Statistics (1998), *Health, United States, 1998 – with socioeconomic status and health chartbook*, sur la relation entre le faible poids à la naissance et le niveau de scolarité de la mère
2. Connor & McIntyre (1998), How tobacco and alcohol affect newborn children. Tiré d'une communication présentée dans le cadre de *Investir dans nos enfants : Une conférence nationale sur la recherche, 1998*. Ce rapport présente des statistiques sur la relation entre l'âge, l'état matrimonial et le poids à la naissance et sur la relation entre le revenu, le niveau de scolarité, l'âge et le tabagisme pendant la grossesse
3. MacMillan, Walsh, Davidson et al. (sans date), chapitre sur la santé des enfants dans la *First Nations and Inuit Regional Health Survey*, sur le poids à la naissance chez les Autochtones
4. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1999), *Indicateurs sur la santé*, sur les tendances des grossesses chez les adolescentes
5. Conseil canadien de développement social (1998), *Le progrès des enfants au Canada, 1998*, sur les tendances des grossesses chez les adolescentes et le financement des services de garde
6. Ketting and Visser (1994), Contraception in the Netherlands: The low abortion rate explained, article de recherche paru dans *Patient Education and Counselling*, sur les stratégies efficaces de prévention des grossesses chez les adolescentes
7. Kohen, Hertzman et Brook-Gunn (1998), Les influences du quartier sur la maturité scolaire. Préparé pour Développement des ressources humaines Canada, fondé sur des

données de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 1996-1997*. Ce rapport présente des statistiques sur le niveau de scolarité de la mère et la sécurité du quartier et relie ces facteurs à la compétence cognitive et comportementale des enfants qui entrent à l'école.

8. King, Wold, Tudor-Smith et al. (1997), *The health of youth: A cross-national survey, 1993-94*. Préparé pour le rapport de l'*Organisation mondiale de la santé*. Ce rapport présente des données sur les tendances des blessures accidentelles chez les enfants d'âge scolaire et le bien-être psychologique à l'adolescence.
9. Morrongiello (1998), *Déterminants de la santé : les enfants et les adolescents, volume 1*. Préparé pour le *Rapport du Forum national sur la santé*. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume 1*. Ce rapport présente des données sur la gravité des blessures et les raisons possibles des différences entre les sexes.
10. Offord and Lipman (1996), *Emotional and behavioural problems*. Préparé pour le rapport *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*. Ce rapport présente des données sur la compétence affective et comportementale et la relation avec le revenu familial.
11. Conseil national du bien-être social (1998), *Profil de la pauvreté, 1996*, sur la pauvreté chez les enfants dans divers types de familles
12. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique (1997), *Enfants et adolescents victimes d'agression dans la famille, 1996*, sur les agressions physiques et sexuelles d'enfants commises par des membres de la famille
13. Statistique Canada (1993), *L'enquête sur la violence envers les femmes*, sur les situations présentant le plus de risques d'agression sexuelle pour les jeunes femmes
14. Conseil canadien de développement social (1997), *Le progrès des enfants au Canada, 1997*, sur les perceptions de la violence verbale chez les adolescents

La section du rapport statistique intitulée « maladies et affections » mentionne les références extérieures à l'ENSP énoncées ci-après :

- a. Statistique Canada (1998), *Naissances, 1996*, dans *Le Quotidien* – sur les nouveau-nés ayant un faible poids (y compris des données selon la province ou le territoire) et les tendances récentes
- b. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (sans date), *totalisations spéciales – sur les bébés ayant un faible poids (données ventilées selon le sexe), tendances temporelles du faible poids à la naissance chez les bébés de sexe féminin et de sexe masculin, grossesses chez les adolescentes (y compris des données selon l'âge)*
- c. Statistique Canada (sans date), *Naissances et décès, 1995* – sur les tendances temporelles du faible poids à la naissance et des grossesses chez les adolescentes

- d. Organisation de coopération et de développement économiques (sans date), *Éco-santé OCDE, 1998*, comparaisons des taux de faible poids à la naissance au Canada et dans d'autres pays
- e. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1999), *Indicateurs sur la santé – sur les grossesses chez les adolescentes et les tendances temporelles* (y compris des données ventilées selon l'âge)
- f. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (1997). Taux nationaux d'anomalies congénitales, 1995 – sur les taux de mortinaissances et les types de malformations congénitales pour 10 000 naissances, y compris des différences entre les provinces et les territoires*
- g. Statistique Canada (sans date), *Avortements thérapeutiques, 1995 – sur les taux d'avortement globaux et spécifiques au milieu hospitalier pour 100 naissances vivantes* (y compris les avortements chez les adolescentes), tendances temporelles des provinces et des territoires
- h. Statistique Canada (1997), « Avortements thérapeutiques, 1995 », dans *Le Quotidien – sur les tendances temporelles des taux d'avortement* (et analyse des changements dans le statut juridique des avortements et l'accessibilité des cliniques privées, l'âge et les accouchements antérieurs)
- i. Wadhwa et Millar (1997), *État matrimonial et avortement*, article paru dans *Rapports sur la santé – sur les tendances temporelles des avortements, selon l'état matrimonial*

Environnement physique

Les sources suivantes ont fait état de différences entre les sexes liées à l'environnement physique :

1. Institut national du cancer du Canada (1999), *Statistiques canadiennes sur le cancer, 1999 – sur la morbidité et la mortalité par mélanome*
2. Statistique Canada (1996), *Enquête sur l'exposition au soleil, 1996*, sur l'exposition au soleil autodéclarée au travail et dans les loisirs
3. U.S. Department of Health and Human Services (1994), *Preventing Tobacco Use among Young People: a Report of the Surgeon General – sur la vulnérabilité des femmes enceintes, des fœtus et des jeunes enfants aux effets nocifs de la fumée de tabac ambiante*
4. Santé Canada (1994), *Enquête sur le tabagisme au Canada, quartier 2 – sur les milieux de travail sans fumée et les restrictions touchant le tabagisme au travail*
5. Statistique Canada (1998), « Recensement de 1996 : activités sur le marché du travail, profession et industrie, lieu de travail, mode de transport pour se rendre au travail et travail non rémunéré », dans *Le Quotidien*, sur les modes de transport pour se rendre au travail
6. Statistique Canada (1998), « Recensement de 1996 : ménages privés, coûts d'habitation et caractéristiques socioéconomiques des familles », dans *Le Quotidien*, sur les possibilités de logement abordable (ce rapport ne fait pas expressément état de

différences entre les sexes, mais il traite des familles monoparentales, qui sont le plus souvent dirigées par une femme).

7. Association canadienne de santé publique (1997), *Déclaration de principe – 1997, L’absence de logement et la santé* – sur le nombre croissant de femmes et d’enfants sans-abri
8. Beavis, Klos, et Carter (1997), *Étude documentaire : les autochtones sans abri*, préparé pour l’Association canadienne de santé mentale – inclut des données sur les femmes autochtones
9. Environics (1998), *Sondage sur l’attitude des Canadiens à l’égard de l’itinérance, résultats des sondages de juin 1996, mars 1997 et de mars 1998* – sur les tendances des perceptions de la population à l’égard de l’itinérance et les groupes les plus susceptibles d’être sans-abri
10. Novac, Brown et Bourbonnais (sans date), *Elles ont besoin de toits : analyse documentaire sur les femmes sans-abri* – sur la relation entre l’itinérance et la violence contre les femmes
11. Environics Research Group (1998), *The environmental monitor, 1998, Cycle 1*, sur les achats de produits non polluants et l’utilisation de stratégies permettant d’économiser l’énergie

La section du rapport statistique portant sur l’environnement physique renferme les références extérieures à l’ENSP mentionnées ci-après qui font état de différences entre les sexes ou de questions propres aux femmes.

- a. Statistique Canada, Division des statistiques sociales du logement et des familles (sans date), *Enquête sociale générale, cycle 10, 1995*, sur le tabagisme à la maison et l’exposition des enfants à la fumée de tabac ambiante à la maison, y compris la relation avec le niveau de scolarité des parents
- b. Clark (1998), « L’exposition à la fumée secondaire », *Tendances sociales canadiennes*, sur l’exposition des adultes et des adolescents non fumeurs à la fumée de tabac secondaire à la maison
- c. Connor et McIntyre (1998), « Le tabac et l’alcool ont-ils un effet sur les nouveau-nés? » (communication présentée dans le cadre de *Investir dans nos enfants – Une conférence nationale sur la recherche*), sur les taux de tabagisme chez les femmes enceintes

La section du rapport statistique portant sur les habitudes de vie mentionne en outre les références suivantes :

- a. Environics Research Group (1998), *The environmental monitor, 1998, Cycle 1* – sur l’achat de produits non polluants et d’aliments organiques et la purification de l’eau potable à la maison

- b. Environics Research Group (1997), *The environmental monitor, 1997, Cycle 4* – sur l’achat de produits non polluants et d’aliments organiques et la purification de l’eau potable à la maison

Habitudes de santé personnelles

Les sources suivantes ont fait état de différences entre les sexes en ce qui concerne des affections liées aux habitudes de santé personnelles :

1. Unité de recherche sur le tabac de l’Ontario (1997), *Monitoring the Ontario Tobacco Strategy, Youth and Tobacco in Ontario, 1997*, sur les tendances temporelles des taux de tabagisme des élèves du premier cycle et du deuxième cycle des études secondaires
2. Province de la Nouvelle-Écosse (1998), *Nova Scotia Student Drug Use, 1998*, sur les tendances temporelles des taux de tabagisme des élèves du premier cycle et du deuxième cycle des études secondaires
3. Santé Canada (1998), *Le sida et l’infection à VIH au Canada, Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, sur les cas de sida
4. Sondage Santé Canada et Houston, Archibald et Sutherland (1997), « Sexual risk behaviours are associated with HIV testing in the Canadian general population ». (Communication présentée au 7^e congrès canadien annuel sur la recherche en matière de VIH/sida). Ce rapport présente des données sur le pourcentage de femmes et d’hommes qui ont des comportements sexuels à risque et n’ont jamais subi de tests.
5. Chen et Miller (1998), *Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l’on a commencé jeune?* Publié dans *Rapports sur la santé*, sur les effets des augmentations des taxes sur le tabac sur le tabagisme chez les jeunes

NOTA : On a cité peu de sources extérieures sur les différences entre les sexes dans ce chapitre. La plupart des différences entre les sexes reposaient sur les données de l’ENSP de 1994-1995 ou 1996-1997.

La section du rapport statistique la plus reliée aux habitudes de santé personnelles était la section intitulée « habitudes de vie ». Les sources autres que les données de l’ENSP ou les enquêtes antérieures sur la promotion de la santé de Santé Canada étaient peu nombreuses. Les références extérieures suivantes faisant état de différences entre les sexes ou de questions propres aux femmes ont toutefois été citées :

- a. Santé Canada, Division de la coordination et de l’accès à l’information, Direction générale des politiques et de la consultation (sans date), *Enquête canadienne sur la consommation d’alcool et d’autres drogues (1994)* – totalisations spéciales sur la consommation de drogues illicites (les différences entre les sexes ont également ventilées selon l’âge)
- b. Statistique Canada (sans date), « Recensement de 1996 : mode de transport », dans la série « *Le pays* » – sur le fait de se rendre au travail à bicyclette ou à pied

Services de santé

Le chapitre sur les services de santé n'a pas cité de sources extérieures au sujet des différences entre les sexes. Les données sur les différences entre les sexes provenaient essentiellement de l'ENSP de 1996-1997. Quelques énoncés non assortis de références ont été faits, p. ex. le passage des services en milieu hospitalier aux services en consultation externe aurait surtout des effets sur les femmes, à la fois à titre de consommatrices de soins et de soignants naturels, et les brefs séjours à la maternité peuvent causer des difficultés aux nouvelles mères qui n'ont pas de soutien à la maison.

La section du rapport statistique portant sur les services de santé renferme les références extérieures à l'ENSP mentionnées ci-après qui font état de différences entre les sexes ou de questions propres aux femmes.

- a. Miller, Anderson, Brisson et al. (1991), « Report of a national workshop on screening for cancer of the cervix », article paru dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* – inclut des recommandations sur le dépistage
- b. Workshop group (1989), « Reducing deaths from breast cancer in Canada », article paru dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* – inclut des lignes de conduite sur le dépistage
- c. Institut canadien d'information sur la santé (1994), *Base de données nationales sur les médecins, 1993-1994* – sur le nombre de consultations auprès d'un médecin chez les hommes et les femmes
- d. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Division de l'épidémiologie du VIH (1997), *Sondage Santé Canada* – sur les tests et l'usage du condom
- e. Houston, Archibald and Sutherland (1998), « Sexual risk behaviours are associated with HIV testing in the Canadian general population ». Communication présentée à la Conférence canadienne de recherche sur le VIH/sida – sur les tests et l'usage du condom

Comme la section du rapport statistique intitulée « ressources personnelles et adaptation » portait sur la prestation de soins et l'utilisation des soins à domicile, nous l'avons incluse ici sous la rubrique des services de santé. Les références extérieures qui portaient sur les différences entre les sexes étaient les suivantes :

- a. Statistique Canada (1997), Enquête sociale générale, cycle 11, 1996, article paru dans *Le Quotidien* – inclut des données sur les bénéficiaires de soins, des propositions de mesures incitatives pour aider les fournisseurs de soins (p. ex. une indemnisation financière)
- b. Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles (sans date), Enquête sociale générale, cycle 11, 1996 (Totalisations spéciales du fichier de microdonnées à grande diffusion) – données sur les bénéficiaires de soins, les effets autodéclarés de la prestation de soins sur les activités sociales, les dépenses, les vacances, le relogement, la santé personnelle, l'emploi et le temps pour soi; perceptions positives de la prestation de soins (p. ex. resserrement des liens), importance autodéclarée du fardeau. Les auteurs de l'enquête ont analysé les différences entre les sexes selon plusieurs catégories d'âge, mais ils n'ont pas évalué le temps consacré à donner des soins informels.

- c. Statistique Canada (sans date), Recensement de 1996 : travail non rémunéré, dans la *série* « *Le pays* » - sur les fournisseurs de soins aux enfants, aux personnes âgées et aux personnes qui ont des problèmes de santé chroniques (les différences selon l'âge, la province et le type de famille n'ont pas été ventilées selon le sexe, contrairement aux différences selon l'emploi)
- d. Cranswick (1997), « Les fournisseurs de soins au Canada », article paru dans *Tendances sociales canadiennes* – sur la perception du fardeau assumé par le fournisseur de soins, selon la situation de famille et l'emploi
- e. Wilkins et Park (1998), « Les soins à domicile au Canada », article paru dans *Rapports sur la santé* – sur les utilisateurs de soins à domicile, données rajustées selon l'âge et l'état de santé

Biologie et patrimoine génétique

Les sources extérieures citées dans ce chapitre ont abordé non seulement les différences entre les sexes, mais elles ont parfois aussi traité expressément des femmes dans le contexte des questions liées à la reproduction.

1. Cohen (1987), Neural tube defects: Epidemiology, detection and prevention, *Journal of Obstetrical and Gynaecological Neonatal Nursing*, sur le rôle de l'acide folique dans la réduction des malformations congénitales
2. Ashley (1994), Alcohol-related birth defects, dans le rapport *Aboriginal Substance Use: Research Issues*. Ce rapport a présenté des données sur le syndrome d'alcoolisme fœtal et la vulnérabilité individuelle des femmes aux effets de l'alcool.
3. McKenzie, D. (1997), Syndrome d'alcoolisme fœtal, *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues, 1997*. Préparé pour le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario. Ce rapport a présenté des données sur les facteurs sociaux (famille, amis, situations difficiles) qui influent sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.
4. CMR, CRSNG, CRSH (1998), *Énoncé de politique des trois conseils, éthique de la recherche avec des êtres humains*, sur l'éthique des nouvelles techniques de reproduction (y compris le choix du sexe)
5. Santé Canada (1996), *Les nouvelles techniques de reproduction et de génétique : fixer des limites et protéger la santé*, sur le problème que posent les NTR en particulier pour les femmes parce qu'elles touchent leur corps et sur les enjeux de la commercialisation liés au statut socioéconomique des femmes
6. Engel (1993), *The Complete Canadian Health Guide*, sur la vulnérabilité des organes génitaux non parvenus à maturité des adolescentes à l'égard des micro-organismes qui causent les MTS
7. Chappel (1997), Maintenir et renforcer l'autonomie et le bien-être des personnes âgées, dans *Les déterminants de la santé : Les adultes et les personnes âgées*, étude commandée

par le Forum national sur la santé, sur le fait que la majorité des soins informels sont assurés par des femmes et que le soutien social protège des effets néfastes de maladies graves

8. Institut canadien d'information sur la santé (sans date), *Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995-1996*, sur les motifs des admissions à l'hôpital
9. Wilkins et Park (1998), Les soins à domicile au Canada, dans la revue *Rapports sur la santé* de Statistique Canada, sur l'utilisation des soins à domicile financés par le gouvernement
10. Santé Canada (sous presse), *Le risque d'isolement social*, rédigé par la Division des systèmes de soutien familiaux et sociaux, Statistique Canada, sur le risque croissant d'isolement social lié au veuvage (de même qu'à l'invalidité, au faible niveau de scolarité et au fait d'être un Canadien de fraîche date ou d'avoir des antécédents culturels autres que français ou britanniques)
11. Santé Canada (1996), *The Broader Determinants of Healthy Aging: A Discussion Paper*, sur le fait que les veuves âgées issues d'une autre « ethnie » courent un risque particulier d'isolement social
12. Steinhamer (1998), Développer la résilience chez les enfants des milieux défavorisés, dans *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents, volume 1*, étude commandée par le Forum national sur la santé, sur l'importance de donner du soutien aux parents – notamment des soins prénatals et des traitements aux mères en dépression ainsi que du soutien aux familles aux prises avec des problèmes comme la pauvreté et la violence

Amélioration de la santé

Les sources suivantes ont fait état de différences entre les sexes ou de questions propres aux femmes liées à l'amélioration de la santé :

1. Steinhäuser, P. (1998), Développer la résilience chez les enfants des milieux défavorisés, dans *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents, volume 1*, étude commandée par le Forum national sur la santé. L'analyse porte sur le soutien aux femmes enceintes et aux nouvelles mères – notamment sur la nécessité d'offrir des services aux femmes enceintes en ce qui concerne le soutien social, l'information, l'alimentation et la protection contre l'isolement, la pauvreté ou la détresse
2. McDaniel, S. (1998), Favoriser les relations familiales saines et constructives, *Les déterminants de la santé : Le cadre et les enjeux, volume 3*, étude commandée par le Forum national sur la santé. L'analyse porte sur la nécessité d'aider les parents à la fois à faire vivre leur famille et à consacrer du temps à leurs enfants – notamment sur l'apprentissage d'un rôle de parent positif, l'accès à des services de garde de qualité, la sécurité du quartier et les politiques fiscales.

3. Anisef, P. (1998), Transition entre l'école et le travail, *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents, volume 1*, étude commandée par le Forum national sur la santé. L'analyse porte notamment sur la prévention des grossesses chez les adolescentes.
4. Sullivan, Uneke, Lavis et coll. (1998), Politiques d'adaptation de la main-d'œuvre et santé : réflexions sur un monde en mutation. *Les déterminants de la santé : Le cadre et les enjeux, volume 3*, étude commandée par le Forum national sur la santé. L'analyse porte notamment sur l'équité salariale.

RÉFÉRENCES

- Berkman, L.F. and Kawachi, I. (Eds.) (2000). *Social epidemiology*, New York: Oxford University Press.
- Campbell, J. Bruhm. G. and Lilley, S. *Caregivers' Social Support Needs*, Maritime Centre of Excellence for Women's Health, 1998.
- Institut canadien d'information sur la santé, *Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population*, 1999.
- Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada: Un premier rapport annuel*, 2000, disponible à l'adresse <http://www.cihi.ca/french/findex.htm>.
- Institut canadien d'information sur la santé, *Initiative du Carnet de route... Lancer le processus*, révisé en mars 2000 et disponible à l'adresse <http://www.cihi.ca/french/findex.htm>.
- Evans, R. G., Barer, M. L. and Marmor, R., 1994. *Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, New York: Aldine De Gruyter.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, 1999.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, 1999.
- First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee, *First Nations and Inuit Regional Health Survey*, 1999.
- Hawe, P. and Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: A review. *Social Science and Medicine*, 51, 1-15.
- Santé Canada, *La santé des Premières Nations et des Inuits au Canada – Un second diagnostic*, novembre 1999, disponible pour téléchargement à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/msb/fnihp/index_f.htm.
- Santé Canada, *La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes*, 2000, disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/femmes/francais/acs.pdf>.
- Santé Canada, *Stratégie pour la santé des femmes*, 1999, disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/femmes/francais/stratfem.htm>.
- Santé Canada, *La surveillance de la santé des femmes : Un plan d'action pour Santé Canada*, Rapport du Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes, disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/whs-ssf/index_f.html.

- Janzen, B.L., *Women, Gender and Health: A Review of the Recent Literature*, Prairie Women's Health Centre of Excellence, 1998.
- Kaufert, Patricia, The Vanishing woman: gender and population health, in *Sex, Gender and Health*, Cambridge University Press, 1999.
- Krieger, N., Discrimination and health, in L.F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 36-75). New York: Oxford University Press, 2000.
- Lee, C., Duxbury, L., Higgins, C., *Les mères au travail : concilier la vie professionnelle et la vie familiale*, Ottawa, Centre canadien de gestion, 1994.
- Link, B.G. and Phelan, J., Social conditions as fundamental causes of disease, *Journal of Health and Social Behavior* (Extra issue), 1995, pp. 80-94.
- Lorber, J., *Paradoxes of Gender*, 1996: New Haven, CT: University Press.
- Macintyre, S., Maciver, S. and Sooman, A., Area, class and health: Should we be focusing on places or people?, *International Social Policy*, 1993: 22, pages 213-234.
- Mustard, Cameron, Kaufert, Patricia, Kozyrskyj, Anita and Mayer, Teresa, Sex Differences in the Use of Health Care Services, *New England Journal of Medicine* 338 (1998), pp 1678-1683.